ADOPCIÓN INTERNACIONAL: ¿CÓMO EVOLUCIONAN LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y SUS FAMILIAS?

Indicadores psicológicos y de salud en Infancia Adoptiva

Félix Loizaga Latorre (Dir.)
Iker I. Louzao Rojas
Maite de Aranzabal Agudo
Maite Labayru Etxeberria







Bizkaiko Foru Aldundia
Diputación Foral de Bizkaia


Gipuzkoako Foru Aldundia
Diputación Foral de Gipuzkoa
Gizarte Politikako Departamentua
Departamento de Política Social

ADOPCIÓN INTERNACIONAL:
¿CÓMO EVOLUCIONAN LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y SUS FAMILIAS?

ADOPCIÓN INTERNACIONAL: ¿CÓMO EVOLUCIONAN LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y SUS FAMILIAS?

(Indicadores psicológicos y de salud en Infancia Adoptiva)

Félix Loizaga Latorre (Dir.)

Iker I. Louzao Rojas

Maite de Aranzabal Agudo

Maite Labayru Etxeberria







Publicación subvencionada por las Diputaciones Forales de Alava, Bizkaia y Gipuzkoa



Sociedad Vasco-Navarra
de Pediatría



Universidad de
Deusto
Departamento de
Psicología

ISBN: 978-84-271-3010-4
Depósito Legal:
Printed in Spain

Impreso en: Gestingraf, S.A.L. - 48004 Bilbao

A las familias adoptivas. Sin ellas, no hubiera podido realizarse este estudio[1].

[1] Los niños y niñas de esta investigación debían de estar viviendo con sus familias adoptivas antes del año 2004.

El Equipo de Investigación INFANCIA, ADOLESCENCIA Y SALUD de la Universidad de Deusto, quiere agradecer especialmente a las ***Diputaciones Forales de Alava, Bizkaia y Gipuzkoa***, el fuerte interés mostrado por este estudio, y la iniciativa decidida por apoyar la publicación de este informe.

Igualmente, se agradece a la *Diputación de Navarra*, haber enviado los cuestionarios a las familias adoptivas de su territorio.

Gracias a la ***Universidad de Deusto*** (Agencia para la Investigación – Deiker). Ellos han subvencionado esta investigación a lo largo de los años 2007 y 2008.

A la ***Asociación Vasco Navarra de Pediatría*** que ha apoyado firmemente el estudio pediátrico de los niños adoptivos, a través de las autoras de esta publicación.

Otras personas, necesariamente deben ser nombradas por su colaboración personal en el estudio: *Geraldine Sagarna* quién trabajó en la elaboración de los cuestionarios, *Javier Múgica* que ha reflexionado en sucesivas ocasiones con los autores del trabajo, *Pedro Santamaría* y sobre todo *a* ***Juan Carlos Imaz***, sociólogo, por su revisión del trabajo escrito y estadístico. Todos ellos han puesto su interés y su saber hacer, permitiendo que los resultados de la investigación sean más sólidos y reflexionados.

Índice



Introducción

Las personas y las familias suelen recurrir a sus propios procesos biológicos para tener un hijo / a. Sin embargo, en el pasado y actualmente, siempre ha sido posible desarrollar y avanzar en la paternidad / maternidad a través de la educación, cuidado o la adopción de niños y niñas. La adopción de otras personas se puede producir dentro del propio país (adopción nacional), o en otros diferentes (adopción internacional). La adopción es una medida pensada para asegurar el *bienestar y la salud de una persona menor*, que de otra forma no podría conseguirse.

Vivimos en la actualidad un momento de cambio respecto a la forma de ser familia (Valdivia 2006) y por extensión de los nuevos perfiles adoptantes: familias fértiles que solicitan adoptar, familias biparentales, monoparentales o familias homoparentales. Cabe destacar, cada vez más, el carácter *heterogéneo* de la realidad adoptiva. Por otro lado, los estudios muestran los grandes cambios que se han producido en el panorama de la adopción, insistiendo en la adopción *masiva* internacional.

Educar con coherencia requiere ilusión, esfuerzo, constancia y apoyo afectivo. Todo ello para potenciar el vínculo y el apego entre quién es adoptado y las personas que le adoptan. Muchas ilusiones, bastantes ambivalencias y algunas frustraciones se asientan sobre otros procesos vitales que ha podido vivir la familia adoptante y / o el menor adoptado. La incorporación de la nueva persona al sistema familiar provoca nuevos procesos educativos y vinculativos.

La experiencia de abandono vivida por los niños y niñas plantea interrogantes y en algunas ocasiones dificultades que quizá pueden (o no) aparecer a corto o medio plazo. La experiencia de deprivación sufrida y la historia fetal que ha podido vivir el menor

adoptado, son elementos que no pueden obviarse. Sabemos que los niños y niñas han pasado por situaciones difíciles previamente a su adopción y que cuando son acogidos por las familias *avanzan rápidamente* en su crecimiento físico y psicológico. Los menores arrastran déficit que van a ser compensados por las familias que les adoptan.

Esta investigación pretende estudiar qué indicadores evolucionan positivamente y cuáles tienen mayores dificultades para ser compensados por la familia adoptante y por el propio niño o niña. En general, quienes se dedican a la investigación señalan grandes diferencias entre las personas adoptadas, pero todos están convencidos de la aportación que hacen las familias a la mejora y evolución de los menores. (Barajas y cols. 2001; Mirabent y Ricart, 2005; Loizaga 2006, Lapastora y Velásquez, 2007).

Las familias adoptantes de este estudio provienen de los Territorios Históricos de Alava, Bizkaia y Gipúzkoa (junto con otras provenientes de Navarra). El equipo de investigación[1] quiere focalizar su atención sobre el avance psicológico, social y de salud que se produce en los niños y niñas y en la visión que tienen sus familias del proceso adoptivo. Gracias a la estrecha colaboración con la Sociedad Vasco – Navarra de Pediatría[2] se han podido incluir datos de evolución en

[1] El equipo de investigación ***Infancia, Adolescencia y Salud Psicológica*** de la Universidad de Deusto, acoge en su seno una línea de investigación relacionada con Familias Adoptivas. En el año 2006 el grupo publicó un monográfico específico dedicado a Familia y Adopción (*Revista Letras de Deusto, 111, Vol. 36*). En este trabajo se incorporaron diferentes visiones sobre la familia y la adopción.

Actualmente el equipo está liderando un libro que llevará por título *Adoptar hoy. Nuevas estrategias*. En este trabajo participan treinta personas (profesorado de otras universidades, personas expertas y técnicos del estado) que se dedican al asesoramiento e investigación en temas de adopción.

Las personas integrantes del grupo de investigación se encuentran actualmente dentro la Red Nacional que lleva por título *El bienestar y la integración de los adoptados internacionalmente: perspectivas multidisciplinares.* Diferentes miembros del equipo están investigando sobre el apego, vínculo y la condición adoptiva.

[2] La **Sociedad Vasco Navarra de Pediatría**, ya venía investigando sobre la salud de los menores adoptados, y había colaborado en 2005 en la publicación *La Salud en Adopción. Guía para familias*. Algunos de sus miembros han apoyado y colaborado en informes que han tenido gran repercusión para las familias adoptivas, como por ejemplo el informe de adopción para el Senado.

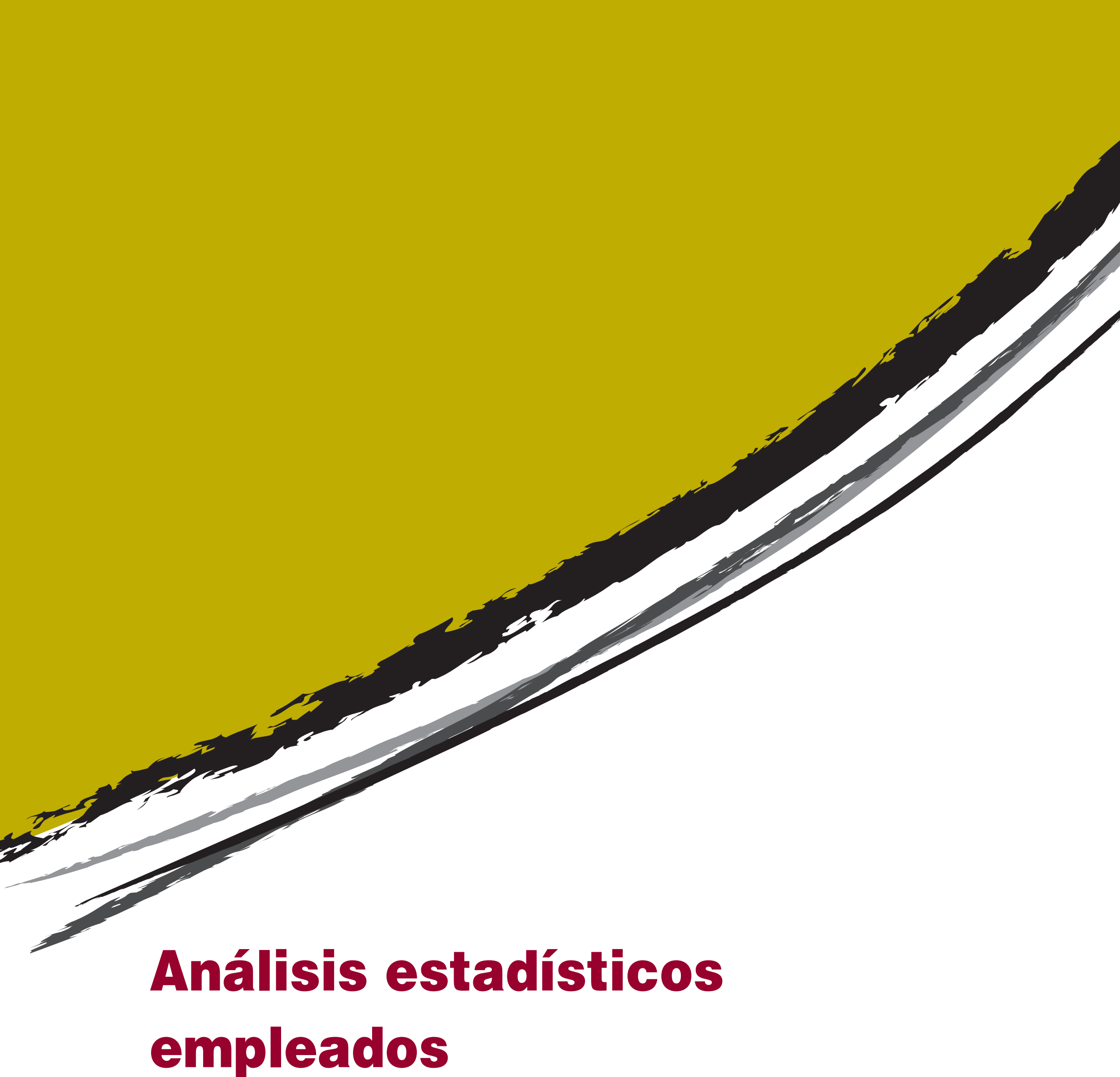
la salud. Nuestra intención ha sido estudiar los avances psicológicos y de salud, desde que los menores llegaron a nuestra comunidad.

Los niños y niñas de esta investigación han pasado una media de siete años, desde que se incorporaron a sus familias. La *evolución* de los menores y de sus familias es una realidad controvertida, bastante desconocida y muy poco sistematizada. Se han realizado en los últimos años importantes estudios que han aportado luz y clarificación en esta área (Berástegui 2005, Palacios y cols 2007). La presente investigación aporta la mayor muestra recogida en el estado hasta este momento. La población estudiada además es homogénea, al responder a Comunidades Autónomas cercanas y hermanadas por vínculos históricos: País Vasco y Navarra.

Las Diputaciones Forales de Alava, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra, colaboraron hace dos años en el envío de las encuestas a las familias adoptivas. Y gracias a este *gesto*, hemos podido recoger 434 cuestionarios que transmitían información relevante sobre los aspectos evolutivos de los adoptados (aproximadamente el 22% de la población adoptada internacionalmente en estos territorios, contestó a las encuestas). Igualmente, gracias a las Diputaciones se ha podido imprimir este libro, que muestra la evidencia del gran avance conseguido por las familias adoptivas y por sus hijos e hijas.

El libro consta de varios capítulos. Primeramente se exponen las características de los menores y de sus familias, luego se explican los indicadores y /o items en los que se basa el estudio. La parte principal del trabajo muestra la evolución de los aspectos psicológicos y de salud en tres momentos diferentes (a la llegada del menor, al año de convivencia en la familia y en la actualidad). Finalmente se aportan las conclusiones generales junto con las referencias bibliográficas. Esperamos que las familias adoptivas y otras personas interesadas en el mundo de la adopción, reflexionen y disfruten de este trabajo, que ha durado varios años y que ahora queda completado con la publicación de este libro.

Félix Loizaga Latorre
Dr. Psicología
Director de la Investigación



Análisis estadísticos empleados

Para realizar los análisis pertinentes, se han ejecutado diferentes cálculos estadísticos con el programa informático SPSS. A continuación se indican las principales operaciones estadísticas desarrolladas:

FRECUENCIAS

Los datos básicos del estudio se han obtenido a través del análisis descriptivo de las frecuencias (porcentajes y datos absolutos). Se han analizado tres momentos básicos: llegada del niño o niña a la familia adoptiva, al año de convivencia y en la actualidad. Se han utilizado exclusivamente los porcentajes válidos, *excluyendo del estudio los valores perdidos* (items sin contestar). Es muy posible que los resultados obtenidos sean más optimistas que la realidad, pues en bastantes indicadores el número de casos perdidos supera la n = 30.

CORRELACIONES

La correlación principal utilizada ha sido la de Pearson. Esta operación permite analizar la relación entre los indicadores. Se han correlacionado todos los indicadores (niños, niñas y adoptantes). Esta correlación oscila entre –1 a +1, y debe ser significativa (*p<.005)* para que la tengamos en cuenta. Los valores de las correlaciones que se han mantenido son superiores a 0.3. o bien –0.3.

COMPARACIÓN DE MEDIAS (T – STUDENT)

Los análisis T – Student, permiten analizar si hay diferencia significativa entre las medias de los indicadores y 2 grupos, por ejemplo según el género de los niños / niñas o de los adoptantes (padre y madre). Las diferencias han sido consideradas cuando la significación ha superado *p<.008.*

ANOVA

El análisis de varianza se ha utilizado para estimar la significación entre las diferentes puntuaciones de varios grupos, especialmente, para obtener las diferencias significativas entre los indicadores de las personas adoptadas con las zonas de origen. Las diferencias han sido consideradas cuando la significación ha superado *p<.005*

ANÁLISIS FACTORIAL

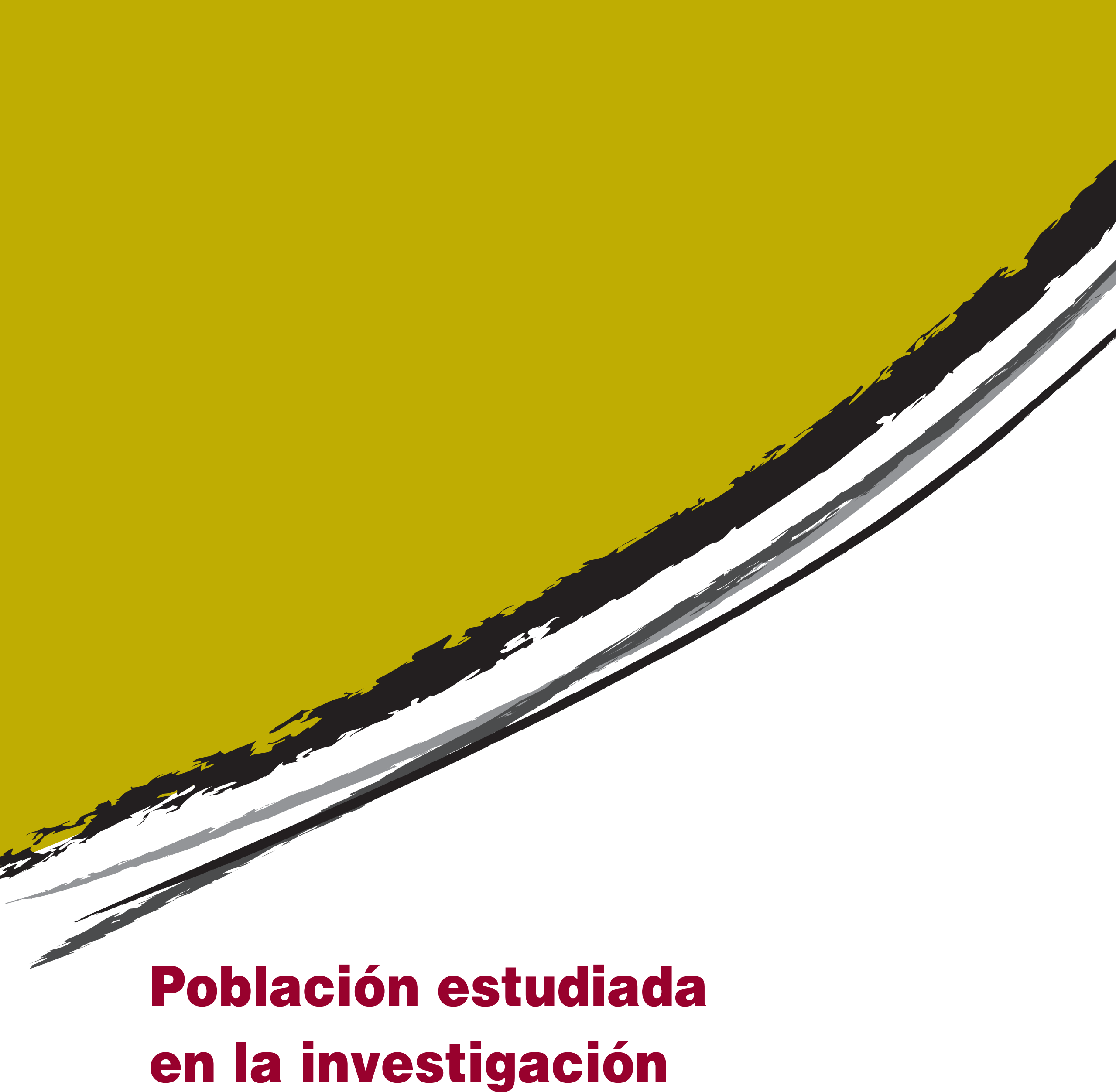
Este análisis favorece el estudio de los factores que residen debajo de los indicadores de los niños, niñas y adoptantes. Se ha utilizado la *rotación Varimax,* y gracias a ella se ha probado la saturación de los indicadores en cada factor. Esta prueba ha permitido analizar los indicadores que tienen más (o menos) peso en el estudio, y cuales son los menos importantes..

PRUEBAS DE FIABILIDAD

La prueba de fiabilidad, favorece el estudio de la consistencia interna de la prueba, y nos indica si merece avanzar hacia análisis posteriores. Los resultados han demostrado la buena fiabilidad de los indicadores. El índice utilizado ha sido la *Alfa de Crombach*

ANÁLISIS DE VARIABLES DE CONFUSIÓN

En bastantes momentos la influencia del género de los niños adoptados ha influido en otras variables. El género podía confundir, pues en ocasiones, se reparte de forma muy desigual, afectando al análisis de la muestra. Para ello se ha utilizado un *análisis X2 por capas*, para determinar en qué relaciones el género confundía la relación con otras dos variables.



Población estudiada en la investigación

NIÑOS Y NIÑAS ADOPTADAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA (CAPV)

En el año 2006, había 1934 familias que tenían niños o niñas adoptadas (internacionales) en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Estas familias educan a 2224 menores y cada una de ellas tiene una media de 1,15 personas adoptadas, lo que significa que algunas asumen más de una hija o hijo adoptado. Los niños o niñas adoptados internacionalmente suponen el 74.76% de las familias adoptivas, pues hay otro 25% aproximado que se adopta dentro de la propia Comunidad (adopción nacional). España fue el primer país de la Unión Europea y el segundo del mundo en número absoluto de adopciones en 2004. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el periodo de 1997 a 2004 se adoptaron 24.042 niños procedentes del extranjero.

Los adoptados internacionalmente de Alava suponen un 17,54% de la población adoptada de la Comunidad Vasca, mientras que Bizkaia aporta el 49,51% y Gipúzkoa el 32,96%. A todas las familias adoptivas se les envió los cuestionarios de nuestra investigación, con la intención de que fueran respondidos por ellas mismas (cuestionario psicológico) y por los pediatras (cuestionario médico).

En el País Vasco, las niñas adoptadas suponen una mayoría de las adopciones internacionales (63%) frente a los niños (37%). La influencia China, es la causa más probable, al ofrecer mayoritariamente niñas para ser adoptadas.

Además, en nuestro estudio se decide incluir a familias adoptivas (con menores adoptados internacionalmente) de la Comunidad Autónoma de Navarra, territorio ligado históricamente a la Comunidad Vasca.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE ESTE ESTUDIO

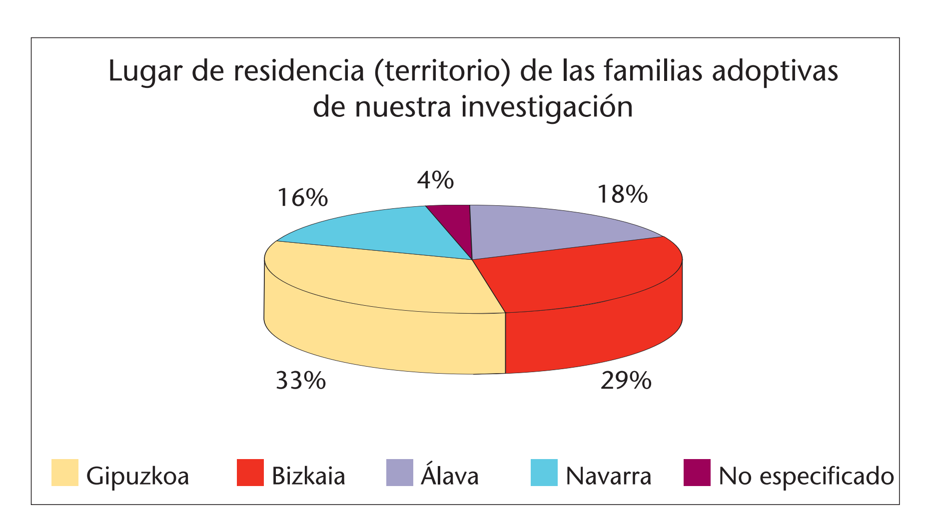
Las encuestas devueltas a las Diputaciones Forales suman un total de 434 (algunas familias entregaron la parte pediátrica, otras el apartado psicológico, y muchas de ellas ambas encuestas)[1]. De las familias que recibieron la documentación, respondieron aproximadamente un *22.5%.* Una muestra interesante para ser estudiada. Sin embargo, todos (investigadores, instituciones y asociaciones de adoptantes) hubieran deseado una mayor participación para conseguir unos resultados más generalizables.

A. Procedencia por territorios históricos

En nuestro estudio, la muestra está compuesta por:

- 80 menores de Alava (18%)
- 126 menores de Bizkaia (29%)
- 144 menores de Gipúzkoa (33%)
- 68 menores de Navarra (16%)
- 16 encuestas en las que no está especificado el territorio (4%)

[1] De las 434 familias que han participado en el estudio, 418 respondieron a la encuesta psicológica y 418 aportaron el cuestionario pediátrico. Por tanto, quedan 16 familias, que han colaborado sólo en el apartado médico o en el psicológico. Se destaca la participación de Bizkaia en ambos estudios pues todas las familias aportaron ambas instrumentos de estudio.



Sorprende la mayor participación de las familias guipuzcoanas, pues el territorio no posee el mayor número de adoptados internacionalmente.

B. País de origen de los / las menores adoptadas

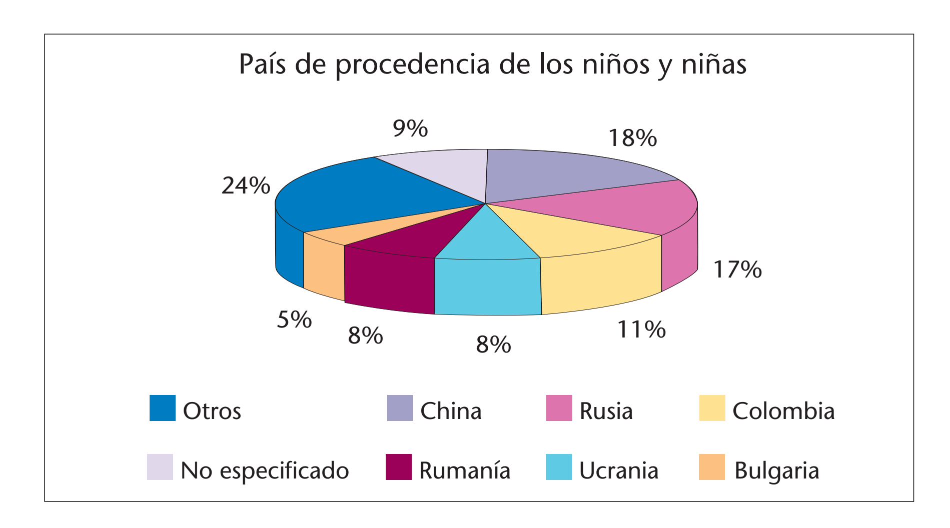
Algunas de las encuestas recibidas carecen de información acerca del país de origen del niño (43 encuestas, 10%). Una visión global nos indica que es China el principal país de origen (78 menores, 17.9%).

Rusia (72 niños, 16.4%) y su área de influencia europea es el segundo destino preferido para adoptar: Ucrania con 36 (8.2%), Rumania (33 niños, 7.6%), Bulgaria (22 niños, 5.1%), Bielorrusia[2] (1 niño, 0.2%), Polonia (1 niño, 0.2%)

Los países Latinoamericanos son un referente para realizar adopciones internacionales: Colombia con 49 niños (11,2%), Perú (3,4%), Honduras (3,4%), Bolivia (2,5%), Chile (1,1%), Brasil (0,9%), El Salvador y México (0,7% cada uno), Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana (0,5%), Venezuela y Costa Rica (0,2% cada país).

[2] Es posible que este caso pertenezca a la Comunidad Rusa.

Otros países más ligados al mundo asiático conforman la muestra: India (3%), Vietnam (0.2%), Nepal (0.2%)



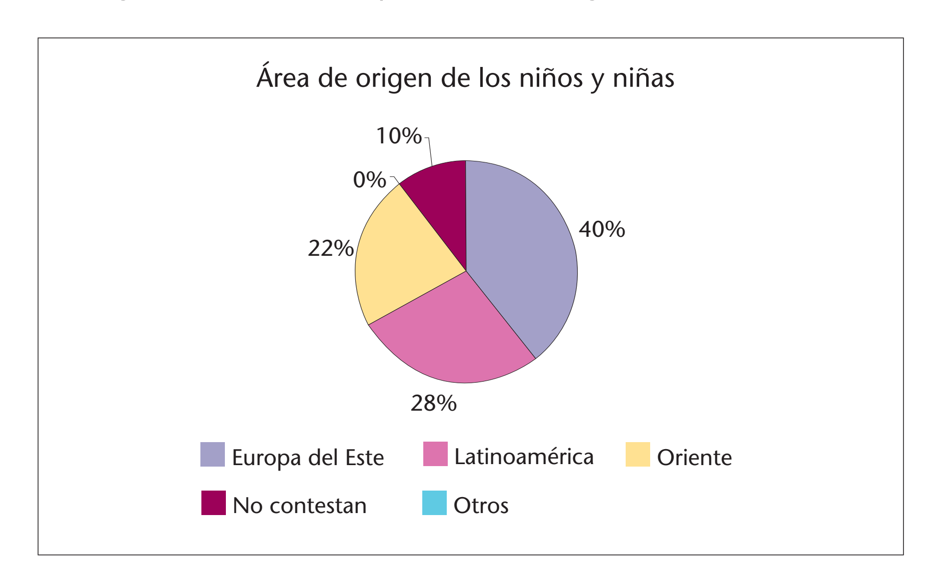
Para facilitar la visión global de este punto, así como para los análisis posteriores, hemos agrupado los países, en "***zonas de origen***" siguiendo la siguiente tabla.

Oriente	China, India, Nepal, Vietnam
Este Europeo	Rusia, Rumanía, Bulgaria, Ucrania, Polonia
Latinoamérica	Colombia, Perú, Honduras, Costa Rica, Bolivia, Chile, Brasil, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Guatemala, Venezuela
África	Etiopía
Otros	Portugal[3]

[3] Es probable que la persona adoptada en Portugal haya llegado desde otro país, relacionado con las antiguas colonias portuguesas.

Zonas de origen de las niñas y niños adoptados

Los porcentajes[4] de cada área de origen resultan así: el grupo de *Europa del Este* recoge al 40% del total de la muestra y *Latinoamérica* reúne al 28%. Entre ambas zonas representan más de la mitad de la muestra. *Oriente* (grupo que recoge a China, el país con mayor número de niños en nuestra muestra) posee el 22% de la muestra y queda en tercer lugar. El resto de muestra corresponde a las encuestas que no especifican el lugar de origen (un 10%)[5]. Un valor muy alto, que debe hacer pensar a técnicos e instituciones y que debiera ser investigado con detalle en próximas investigaciones.



C. Género de los niños y niñas[6]

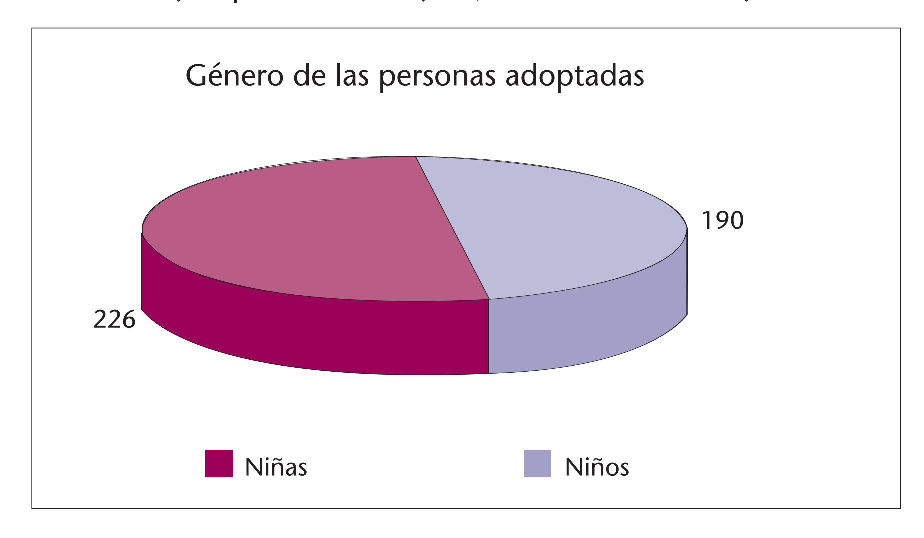
El género se contestaba en el apartado médico (que ha recibido 418 cuestionarios). Tal y como era esperable, en nuestro estudio

[4] No se incluye el porcentaje de “otros” (correspondiente a una persona adoptada en Etiopía y otra en Portugal).

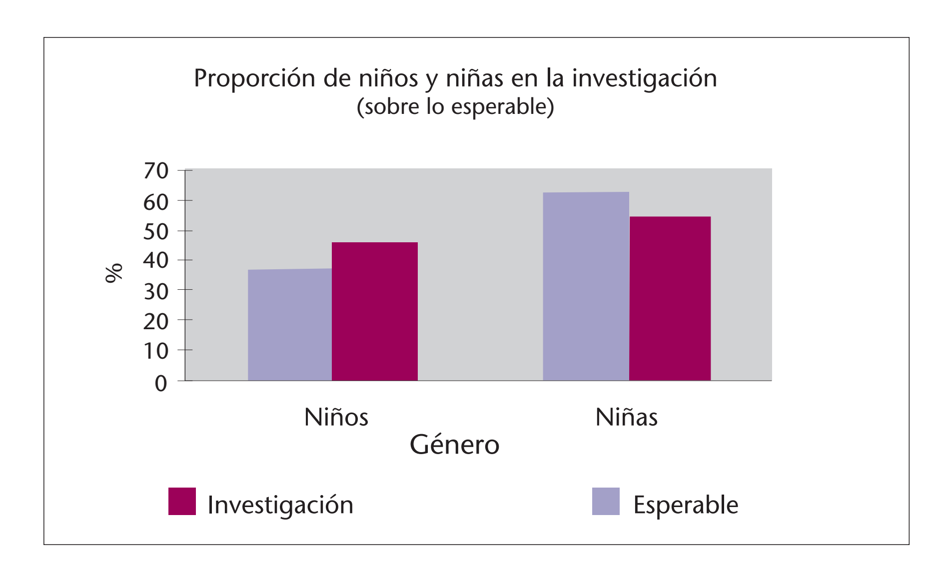
[5] Es sorprendente el alto número de casos que no indican el país de procedencia, cuando este ítem se encontraba en el apartado médico, que debía ser respondido en conjunto por pediatra y familia.

[6] En dos casos no se indica el género.

existe una ligera mayoría de niñas adoptadas (226, lo que significa un 54.32%) respecto a niños (190, es decir un 45.68%).

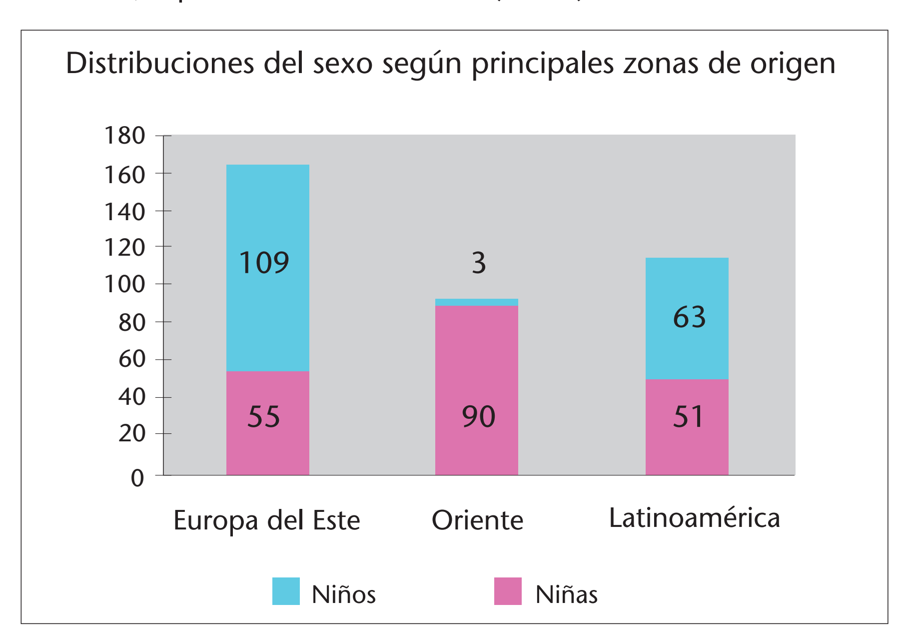


Los estudios de la C.A.P.V., ofrecen datos que rondan un 63% de niñas y el 37% de niños entre los niños adoptados. Sin embargo, nuestra muestra está más igualada respecto al sexo. En análisis posteriores, observaremos cómo se relaciona el género de los adoptados con los indicadores de salud.



D. Género de los niños /as por áreas de procedencia[7]

El gráfico muestra nítidamente que los niños proceden principalmente de Europa del Este y de Latinoamérica (excepcionalmente de Oriente en 3 casos), mientras que las niñas provienen de todas las zonas, especialmente de Oriente (China).



E. Edad[8] de la adopción[9]

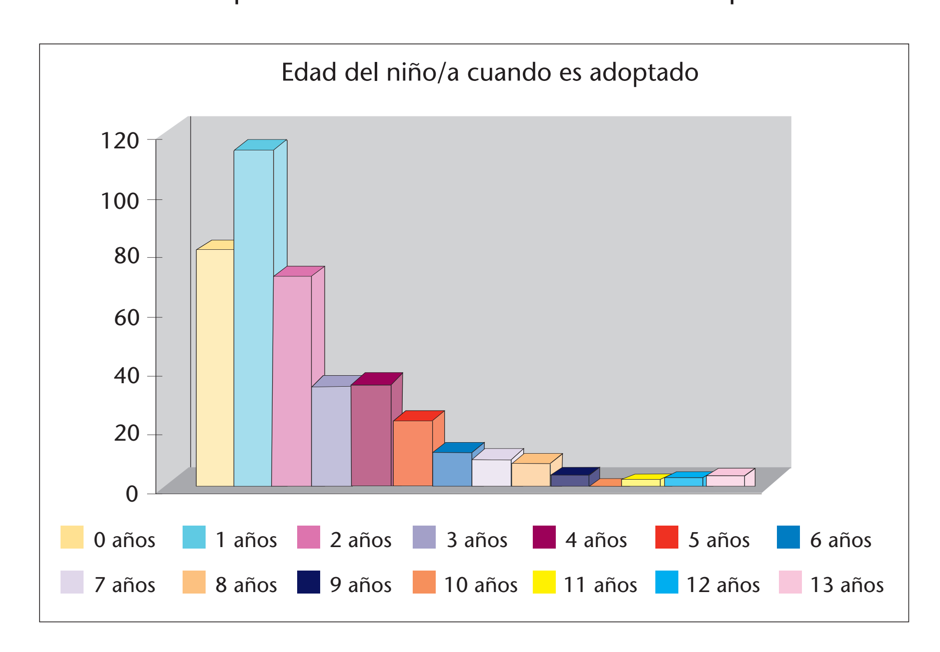
Describiremos ahora la muestra, fijándonos en la variable edad. Se refiere a la edad a la que los niños fueron adoptados y llegaron a

[7] Ya se ha comentado previamente, que aproximadamente en un 10% de los casos las familias no han indicado el país de procedencia.

[8] Cuando hablamos de niñas y niños adoptivos, debemos tener en cuenta al menos tres tipos de edades: a) edad con la que se adopta al menor adoptado b) edad de convivencia con la familia o número de años que ha convivido con la familia adoptante el niño o la niña c) edad actual de la persona adoptada.

[9] Los valores del gráfico son en porcentajes.

nuestra Comunidad. La variable *edad*, tal como la estamos describiendo, es considerada en las investigaciones como una de las claves para conseguir adaptaciones positivas en el área familiar, social, y escolar. Los resultados nos muestran que la edad media de llegada fue de 2.27 años con una desviación de 2.32. Hay 27 casos (6%) que no se indica la edad que tenía el niño o niña cuando fue adoptado[10].



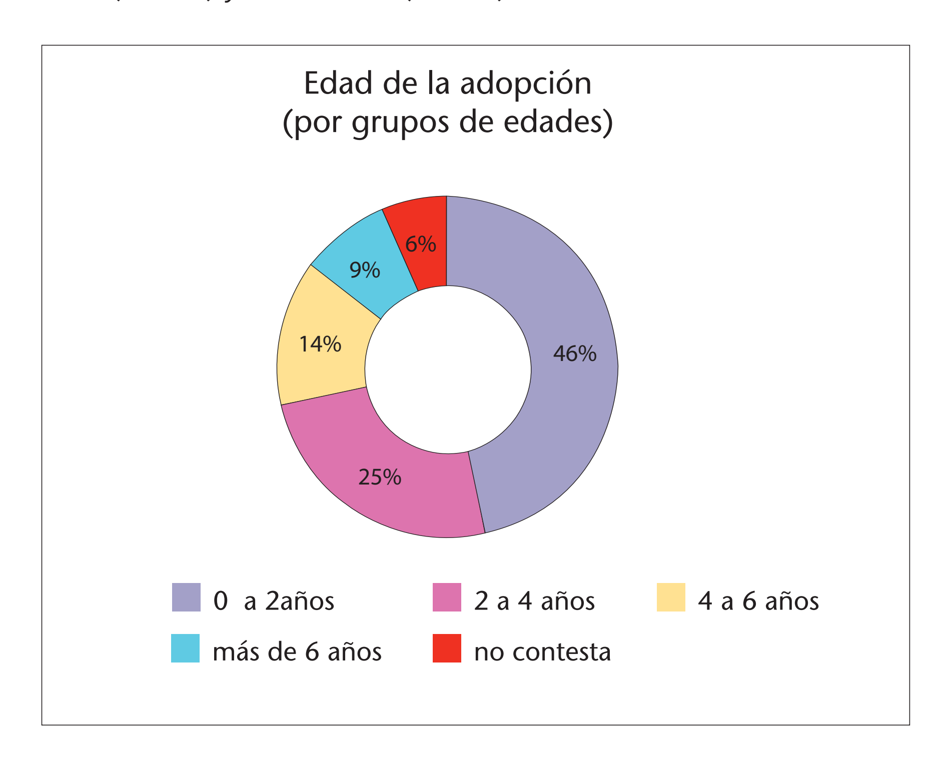
Con meses, 1 y 2 años se encuentran alrededor del 46%. Este dato refleja que la mayoría de las adopciones se han realizado cuando el niño o niña está en muy temprana edad, sin tener *conciencia suficiente* de la adopción y de sus procesos. Durante el primer año de vida fueron adoptados 80 (19.13%). Las personas adoptadas entre uno y dos años fueron el grupo más numeroso: 114 (27.27%). Casi 1 de cada 2 adoptados lo ha sido antes de los dos años.

Los niños y niñas entre 2 y 3 años ascienden a 71 (16.98%). A partir de los 3 años (y hasta 4 años), la cifra desciende de forma acu-

[10] Es muy posible que estos padres y / o madres no supieran la edad exacta de las personas que estaban adoptando.

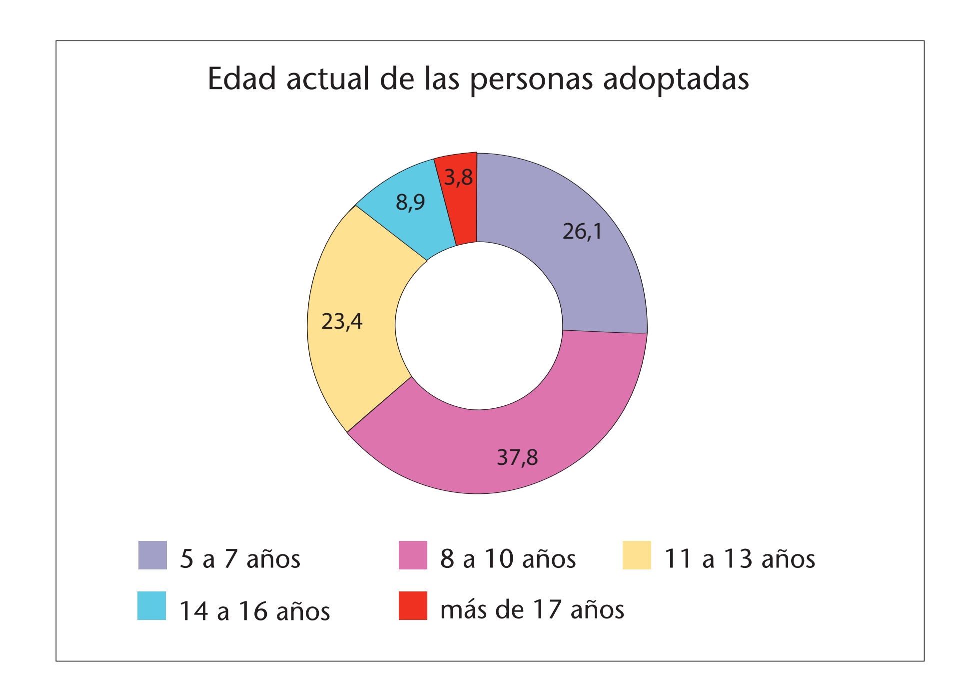
sada: 34 (8.13%). Con 4 años: 35 (8.37%). Con 5 años, encontramos 22 (5.26%) y con 6 años tan sólo 11 (2.63%).

A partir de los 7, solo tenemos 25 niños y niñas que se distribuyen además, de forma decreciente al ascender la edad: Con 7 años: 9 (2.15%) y con 8 años 7 (1.67%). Con 9 años, así como con 10 encontramos 3 niños en cada grupo (0.71%), 1 sólo niño con 12 años (0.23%) y dos con 13 (0.47%).



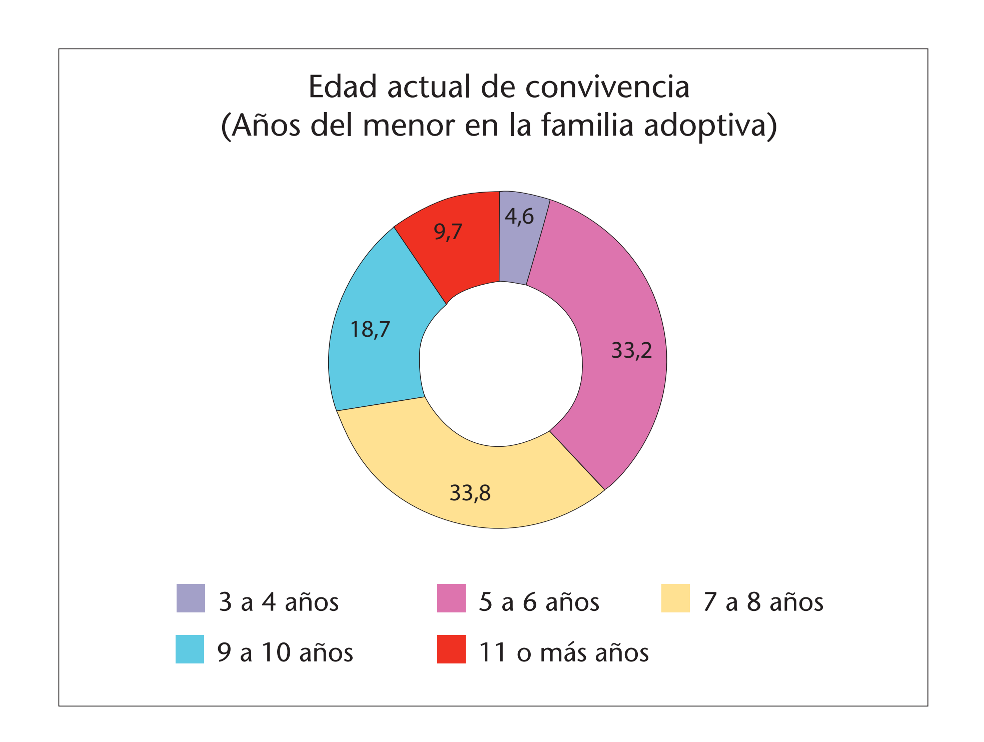
F. Edad actual de las personas adoptadas

Cuando se contesta al cuestionario, los hijos e hijas de los adoptantes tienen una media de edad de 9.76 (desviación típica de 3.29). Nos encontramos con personas que llevan años viviendo en nuestros territorios, y cuyas edades se mueven mayoritariamente entre los 6 y los 12 años. Se encuentran mayoritariamente escolarizados en la Educación Primaria.



G. Edad de convivencia del menor con la familia adoptiva

Los años que llevan conviviendo los menores con sus familias lo llamaremos edad de convivencia. Esta edad, informa de los años que ha estado integrado el menor con su familia adoptiva y nos aporta los años que la familia adoptiva ha invertido para reparar las deprivaciones que haya podido vivir su hijo o hija adoptiva. Los resultados de nuestra investigación muestran que han pasado una media de 7.49 años dentro del ambiente familiar (desviación típica 2.34)

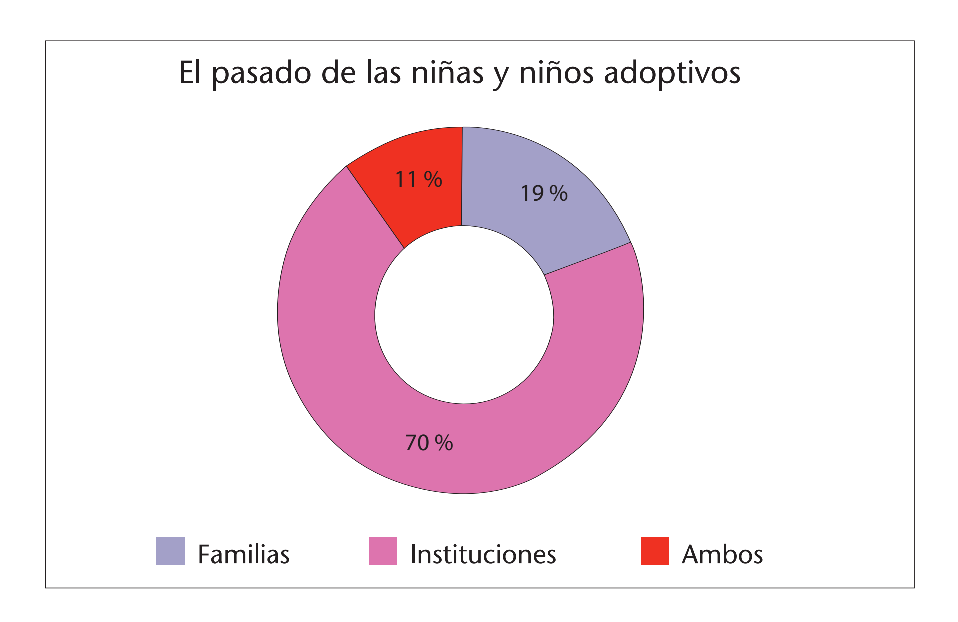


H. Convivencia del / de la menor, previa a la adopción (familia de acogida / institución)

El cuestionario recoge información sobre quienes han realizado el cuidado de los menores antes de la adopción. Los niños y niñas han podido estar en instituciones específicas (orfanatos, casas de acogida), en familias acogedoras o en ambos lugares. Los resultados muestran que una amplia mayoría de encuestas, 411 (94%) han respondido a esta cuestión. Es decir, las familias adoptantes conocen dónde han vivido sus menores previamente a su adopción.

De los que contestaron, 287 (69.82%) niños o niñas habían estado en instituciones de forma exclusiva. Otros 78 (18.97%) correspondían a niños o niñas que estuvieron exclusivamente en familias. Por último, y en menor proporción que lo anterior, encontramos los niños y niñas que han estado en ambas condiciones: han

vivido en familias y además, han estado en instituciones. Corresponden a 46 (11.19%) encuestas.

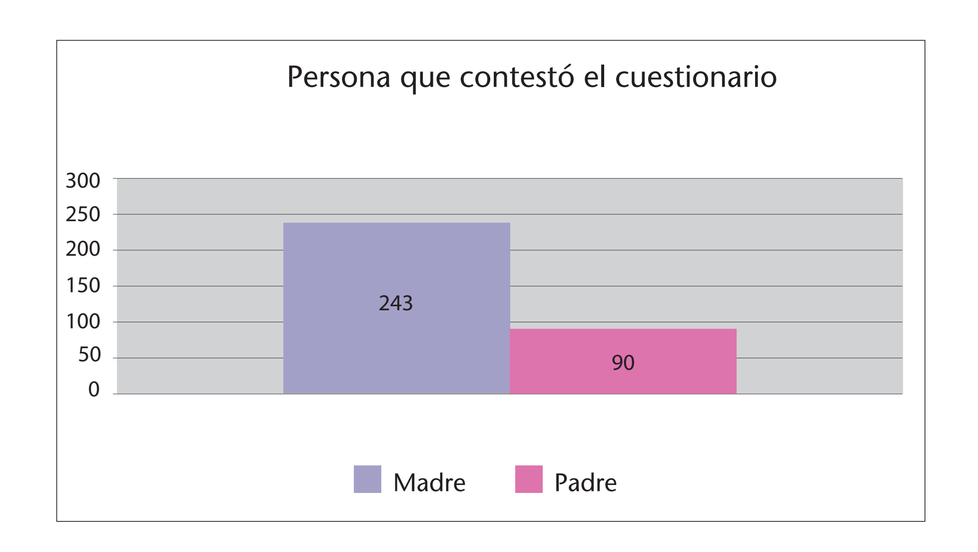


CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ADOPTANTES

A. Género de la persona que responde al cuestionario

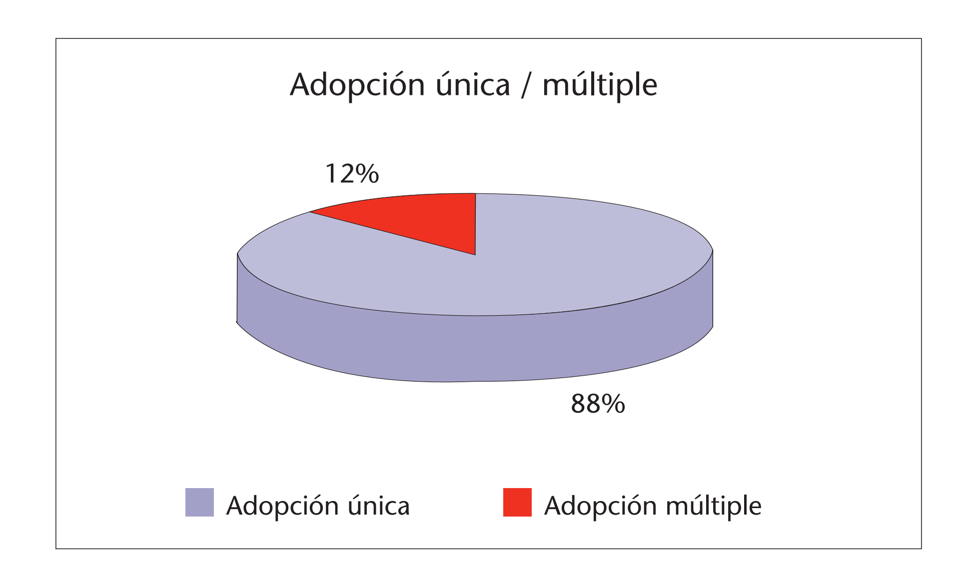
En el cuestionario se daba la opción de indicar quién contestaba al cuestionario: la madre o el padre. De nuestra muestra, 333 (80%) encuestas proporcionan una respuesta[11]. Hubo 85 familias que no respondieron a esta pregunta (20%). Siguiendo el tópico, era de esperar que la mayoría de las encuestas estuvieran contestadas por la madre de la niña o niño adoptado. En efecto, y como muestra el gráfico, 243 (72.97%) fueron contestadas por las madres. Frente a éstas, 90 (27.02%) encuestas fueron contestadas por el padre.

[11] Este dato se pedía en las encuestas psicológicas, respondidas en la familia.



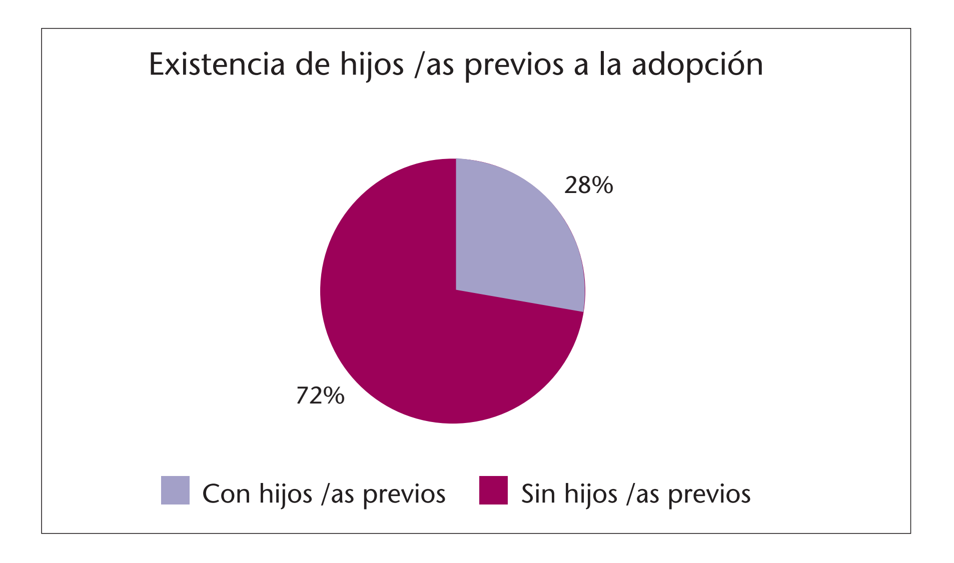
B. Adopción única versus adopción múltiple

¿Cuántas familias han adoptado uno o varios niños en el país de origen? Pues bien, 358 familias (87.53%) han adoptado una sola persona, mientras que en 51 casos la adopción ha sido múltiple (12.47%), viniendo por tanto al menos dos personas.



C. Familias adoptivas:
Con / sin hijos previos a la adopción

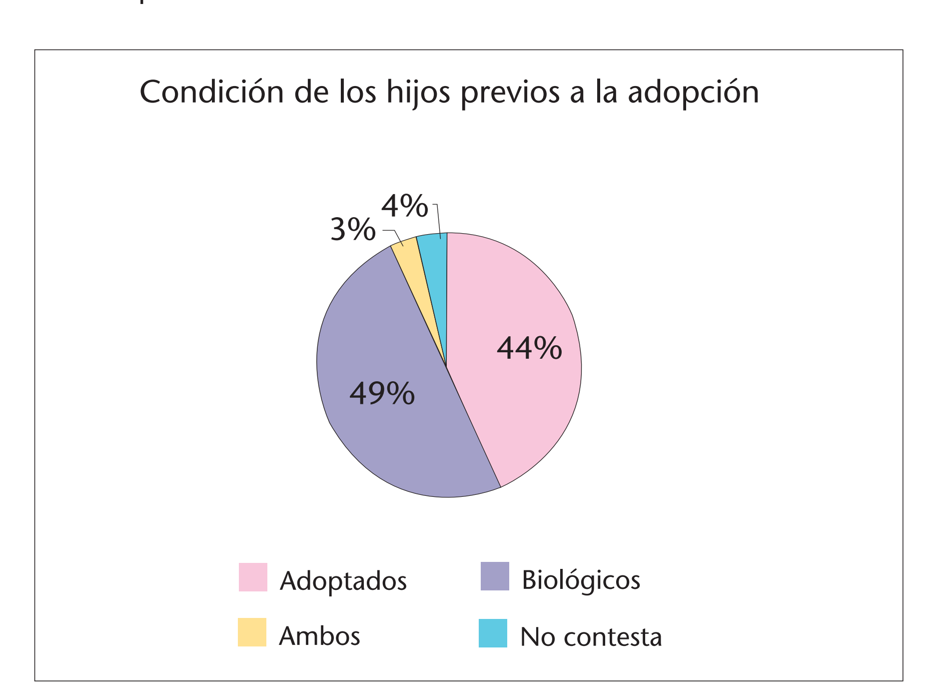
Creemos que es interesante conocer cuántas familias adoptivas tienen a su vez hijos (biológicos o adoptivos) antes de adoptar. Este pregunta fue respondida desde la encuesta pediátrica, con amplia contestación en 416 (99,52%) cuestionarios[12]. Aproximadamente una de cada cuatro, es decir 116 (27.89%) de las familias adoptivas tienen hijos con anterioridad a la adopción. Otras 300 (72.11%) se corresponden a casos en los que no existían hijos previamente.



De estos 116 casos, podemos diferenciar entre las familias que tenían hijos adoptados previamente y familias con niñas o niños biológicos antes de la adopción. Dentro de la investigación, en el primer caso, encontramos 51 familias, lo que supone un 43,9%. En lo que se refiere a hijos previos biológicos, encontramos 57 cuestiona-

[12] Este valor se tiene en cuenta, con relación a las personas participantes en el apartado pediátrico.

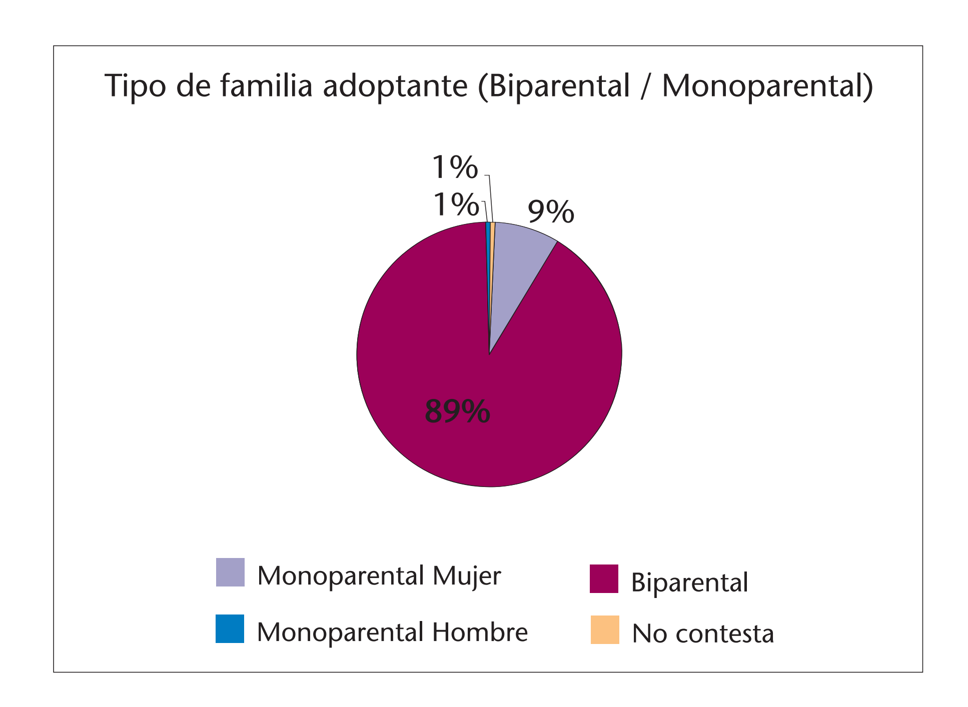
rios, es decir, el 49,1% de los casos. En 3 casos, que corresponde al 2,5% del total, encontramos hijos tanto biológicos como adoptados previos y finalmente restan 5 casos en el que la persona que contestó no especificó.



D. Familias adoptivas: biparentales / monoparentales

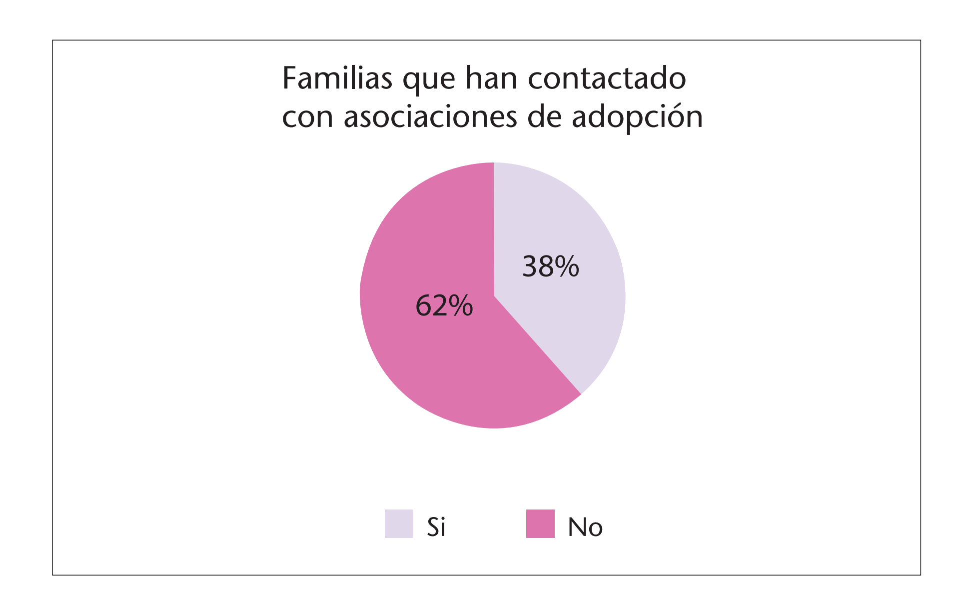
Las familias biparentales (dos miembros heterosexuales como progenitores) eran 375 (89%). Debemos resaltar, que algunos países (como China entre otros) son muy estrictos a la hora de elegir futuros padres y madres y uno de los requisitos es ser acogidos por una familia biparental de carácter heterosexual.

Las familias monoparentales que adoptan tienen como progenitor principal una mujer. Esto ocurre en 37 casos (9% del total). Excepcionalmente en 3 casos, la adopción fue concedida a un progenitor masculino (1%), y en otros 3 no se contesta a la pregunta.



E. Contacto con Asociaciones Adoptivas

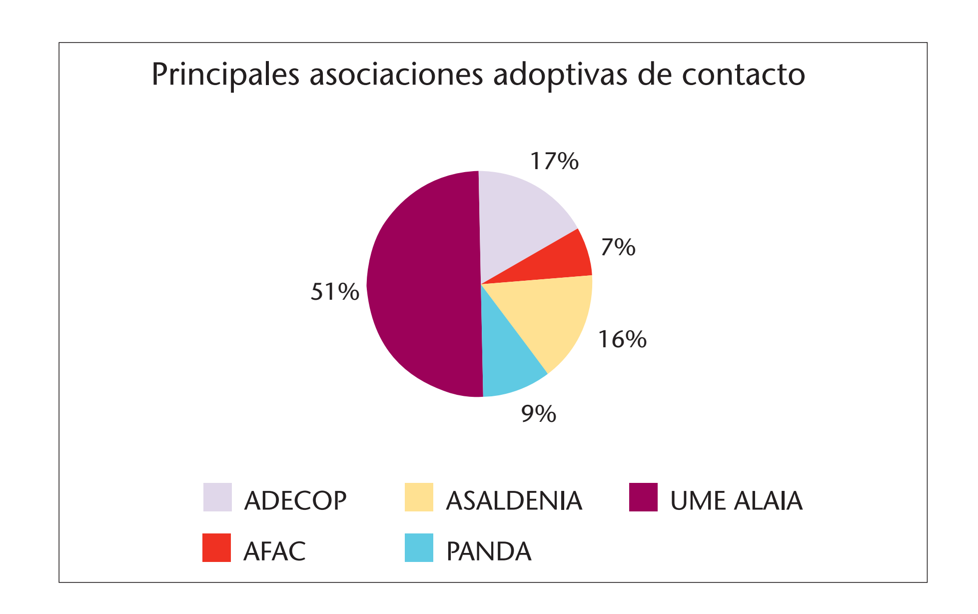
Algunas familias han contactado con asociaciones de adoptantes. Esto ha ocurrido aproximadamente al 38% (156 familias), frente al 62% que no ha conectado con ninguna asociación.



F. Principales Asociaciones Adoptivas consultadas por las personas adoptantes[13]

Las familias que habían conectado con asociaciones de adoptantes, podían indicar el nombre de la asociación que les había asesorado. En el gráfico siguiente aparecen las *principales* asociaciones consultadas.

[13] UME ALAIA. Asociación de familias adoptivas de Bizkaia y Gipuzkoa
http://www.umealaia.com/
ADECOP. Federación de asociaciones de adopción internacional
http://www.adecop.org/web/
AFAC. Asociación de familias adoptantes en China
http://www.afac.info/
ASALDENIA Asociación Alavesa en defensa del niño adoptado
http://www.asaldenia.org/inicio.htm
PANDA.
http://www.pandanavarra.org/



CONCLUSIONES

En el País Vasco y Navarra nos encontramos con 1934 familias que tienen 2224 menores adoptados internacionalmente en el año 2006. La mayoría de las adopciones se producen en el territorio de Bizkaia, seguido de GipúzKoa.

En nuestro estudio han participado aproximadamente un 22% de la totalidad potencial de familias, siendo las madres y padres guipuzcoanos los que más muestran aportan al estudio. Se han recogido 434 cuestionarios, algunos de tipo psicológico (respondidos por las familias) y otros de tipo médico (respondidos por los pediatras junto a las familias). Hay un grupo de 18 familias que han participado con uno de los dos cuestionarios.

Los niños y niñas proceden en primer lugar del Este Europeo, seguido de Latinoamérica y Oriente (China en su mayoría). Las niñas superan solo ligeramente a los niños en la muestra, algo que contrasta con la realidad, donde las niñas adoptivas son una alta mayoría. Las personas adoptadas en Oriente son mayoritariamente

niñas, mientras que los adoptados en Europa del Este son principalmente niños.

Casi el 50% ha sido adoptado antes de los dos años. Otro 25 % se adoptó entre dos y cuatro. Los niños y niñas han vivido mayoritariamente en instituciones antes de ser adoptados. La edad media (actual) de los adoptados cuando se contesta el cuestionario es de 9 años y han vivido aproximadamente 7 años con la familia adoptiva.

Las personas que contestan al cuestionario psicológico son mayoritariamente madres. La encuesta de salud es respondida por profesionales de la pediatría. Las familias son mayoritariamente biparentales (90%), aunque en un 10% son monoparentales (con mujer como responsable).

Las personas que han contestado al cuestionario psicológico son fundamentalmente madres (casi 2/3 de las encuestas). Las familias al adoptar, traen mayoritariamente un solo niño o niña que convive a su llegada sin hermanos. Sin embargo otro 25% tiene hermanos y / o hermanas en su nuevo hogar. Aproximadamente la mitad de estas personas habían sido adoptados y la otra mitad eran hijas o hijos biológicos de la familia adoptante. Un 38% de las familias han consultado con Asociaciones de Adoptantes, siendo Ume Alaia la preferida por los adoptantes.



Clasificación de los indicadores psicológicos (con relación a las niñas y niños adoptivos)

Para facilitar los análisis, los items del cuestionario se han agrupado según los siguientes criterios:

- Indicadores internalizantes: tipo ansioso y tipo depresivo
- Indicadores externalizantes: atención / actividad y conducta desafiante
- Indicadores del apego
- Indicadores adaptativos: adaptación familiar, escolar y social.
- Indicador de rendimiento en actividades escolares

INDICADORES DE LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

A. Indicadores internalizantes (tipo ansioso)

Se refiere a items que estudian conducta ansiosa y que hacen que la niña y el niño se encuentren con tensión frecuente, que puede afectarle a su salud física y psicológica, provocándole indirectamente mayor número de miedos y temores. Como consecuencia de ello, los niños tienden a buscar mayor seguridad en su familia (generalmente con la madre). Ésta suele responder tranquilizando a la criatura, haciendo avanzar de esta manera los apegos seguros. Los problemas internalizantes dificultan el avance en autonomía, provocando en los niños y niñas dificultades mayores para separarse de sus familias adoptivas. Los ítems del cuestionario son los siguientes:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR INDICADORES INTERNALIZANTES (Tipo ansioso)
1. ***[1]Tiene malestares o dolores en alguna parte del cuerpo sin causa aparente.***
5. ***Tiene miedos, temores o preocupaciones de los que es difícil consolarle o tranquilizarle.***
11. ***Se siente con malestar excesivo cuando se separa de las figuras más familiares y busca la protección de estas personas para poder estar tranquilo /a y relajado /a.***

B. Indicadores internalizantes (tipo depresivo)

Se refiere a indicadores que se asocian a la tristeza y a los sentimientos de culpabilidad en los menores. Estas dos manifestaciones suelen estar unidas a una baja autoestima. Las dificultades internalizantes de tipo depresivo (en niños y niñas) se acompañan frecuentemente de los síntomas de ansiedad, descritos en el apartado anterior. Los items del cuestionario son los siguientes:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR INDICADORES INTERNALIZANTES (Tipo depresivo)
9. ***Tiene sentimientos de inutilidad o culpabilidad y se decepciona consigo mismo/a.***
10. ***Está triste sin motivo aparente.***

[1] Los números que acompañan a los items indican el orden que tienen en el cuestionario.

C. Indicadores externalizantes (atención / actividad).

La alta intensidad de estos indicadores suele detectarse en las relaciones sociales y escolares. Es la sociabilidad la que se resiente, pues la niña y el niño manifiestan falta de concentración al trabajar, jugar, conversar y se muestran inquietos e intranquilos; con dificultades para relajarse. En ocasiones, todo esto conlleva una mala adaptación escolar. Los items del cuestionario son los siguientes:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR INDICADORES EXTERNALIZANTES (atención / actividad)
3. Tiene dificultad para prestar o mantener la atención cuando las actividades lo requieren, se distrae con facilidad.
4. Es inquieto /a e intranquilo /a: es movido, tiene dificultades para esperar su turno,...

D. Dificultades externalizantes (conducta desafiante)

Este tipo de dificultades están relacionadas con conductas como desobedecer, mentir o molestar. En general, estos comportamientos provocan incomodidad en las familias, al ser sus síntomas más evidentes y observables en los contextos que la criatura se encuentra inmersa. Y suponen para las familias adoptivas una fuente elevada de conflicto. Los ítems del cuestionario son los siguientes:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR INDICADORES EXTENALIZANTES (conducta desafiante)
6. Desobedece a las órdenes o demandas que se le piden.
7. Miente, molesta o agrede para obtener lo que desea o para evitar obligaciones.

E. Indicadores del apego

El vínculo de los menores y sus familias es bidireccional. Ante conductas de afecto, sufrimiento y dolor se espera apoyo, seguridad, cariño y disponibilidad, tanto por parte de las criaturas como de sus familiares. Dos indicadores suelen ser referentes: prestar atención con nuestra mirada y mantener la reciprocidad del afecto y del cariño. Los items del cuestionario son los siguientes:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR INDICADORES CON EL APEGO
12. Tiene tendencia a evitar el contacto visual o tiene algunos comportamientos (como mirar a los ojos, expresión facial...) que no parecen adecuados para la interacción y la relación social.
13. Rechaza o no responde con reciprocidad a las muestras de afecto que se le ofrece.
35. * En la ACTUALIDAD, ¿considera usted que las manifestaciones de afecto que le manifiesta su hijo /a, son las que usted esperaba?[2]

F. Indicadores adaptativos: adaptación familiar, escolar y social.

La adaptación suele medirse analizando la capacidad que tienen los niños y niñas para vivir con hábitos saludables y socialización apropiada en diferentes contextos.

Tres áreas son las más importantes. En el ***ámbito familiar*** se espera que los niños y niñas sean comunicativos, ayuden en las tareas familiares y se integren con el resto de los hermanos y de la familia extensa. En el ***área escolar*** debe ser capaz de vivir el estudio,

[2] (*). Los items marcados con asterisco son complementarios, y por tantos son valorados como secundarios dentro del cuestionario.

relacionarse desde el respeto con sus compañeros o compañeras y mantener las directrices que indican el profesorado y las personas que dirigen los centros educativos. La ***adaptación social*** es la que los niños y niñas viven fuera de sus colegios, cuando se relacionan en el parque, actividades extraescolares o cuando acuden a una fiesta de cumpleaños. Los ítems del cuestionario son los siguientes:

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR INDICADORES ADAPTATIVOS
14. Tiene dificultades para adaptarse al ámbito familiar (estilo educativo, hábitos familiares...).
15. Tiene dificultades para adaptarse al centro escolar/ guardería (estilo educativo, hábitos...).
8. Tiene dificultades para hacer amigos /as o relacionarse con otras personas.
16. *Comportamiento Social: Adecuado / Retraído / Hiperactivo

G. Indicador de rendimiento en actividades escolares

Las niñas y niños pueden adaptarse a los procesos escolares y a las relaciones que se producen dentro del ambiente escolar. Sin embargo, algunos de ellos tienen dificultades para realizar las tareas y actividades escolares que les proponen sus profesores y profesoras. Por ello, en el cuestionario se quería incluir la opinión de las familias en este tema. Se incluyó un ítem específico:

ITEM DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR EL INDICADOR DE RENDIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES ESCOLARES
2. Tiene dificultades en la realización de tareas o actividades escolares.

ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE INDICADORES DE SALUD EN INFANCIA

Todos los indicadores aportan peso y fuerza a la comunalidad del cuestionario. Excepcionalmente el ítem "dolor y malestar sin causa aparente" puede eliminarse (o plantearse de otra manera).

Factor 1. ÁMBITO ACADÉMICO Y DEL APRENDIZAJE

Este primer factor explica el 33.9% de la varianza de todos los indicadores. Puede llamarse *"ámbito académico y del aprendizaje"*. Nos indica el peso y la fuerza que tiene para las familias adoptivas el mundo escolar y del aprendizaje. Los adoptantes valoran intensamente que sus hijos desarrollen un aprendizaje adecuado, se adapten al colegio y que no presenten dificultades en el aprendizaje. Algunos indicadores, no relacionados directamente con el mundo académico, también se encuentran dentro del factor. Es debido a su relación con él, como por ejemplo la adaptabilidad familiar, y las sensaciones de culpabilidad que se implican finalmente con el ámbito académico.

INDICADORES IMPLICADOS EN EL PRIMER FACTOR "ÁMBITO ACADÉMICO Y DE APRENDIZAJE"
a. Tener / no tener dificultades escolares *b. Adaptación al sistema escolar* *c. Mantener la atención* *d. Sentimientos de culpabilidad e inutilidad*

Factor 2. ÁMBITO DEL APEGO

Este factor explica el 9,23% de la varianza y se le puede llamar "*ámbito del apego*", Implica indicadores como la falta de reciprocidad en el afecto, falta de contacto visual adecuado y las conductas desafiantes – externalizantes (las más intensas). También implica las dificultades para realizar amistades / adaptabilidad social. Igual que en el factor anterior, la adaptabilidad familiar se ve implicada de manera indirecta.

INDICADORES IMPLICADOS EN EL SEGUNDO FACTOR "ÁMBITO DEL APEGO"
a. Reciprocidad en el afecto
b. Contacto visual adecuado
c. Mentir, molestar, agredir en la actualidad
d. Dificultad para la relación social
e. Mala adaptabilidad familiar

Factor 3. CONDUCTA EXTERNALIZANTE: (ATENCIÓN / TRANQUILIDAD / OBEDIENCIA)

El tercer factor explica el 7,84% de la varianza total. Y puede llamarse "*conducta externalizante: atención / intranquilidad*". Incorpora indicadores que se han incluido en el apartado externalizante, descritos en la primera parte de este capítulo.

INDICADORES IMPLICADOS EN EL TERCER FACTOR "CONDUCTA EXTERNALIZANTE: ATENCIÓN E INTRANQUILIDAD"
a. Obediencia / Desobediencia
b. Tranquilidad / Intranquilidad
c. Mantener la atención / Inatención

Factor 4. CONDUCTA INTERNALIZANTE

El cuarto factor explica el 6.99%. Puede llamarse *"indicadores internalizantes ansiosos"* e incluye los principales items internalizantes explicados previamente.

INDICADORES IMPLICADOS EN EL CUARTO FACTOR "CONDUCTA INTERNALIZANTE"
a. Miedo a la separación de las figuras de apego
b. Tristeza sin motivo
c. Sentimientos de culpabilidad
d. Miedos y temores difíciles de consolar

ANEXO A.

Fiabilidad de la prueba.

Todos los indicadores (momento de llegada a la familia adoptiva, al de un año y en la actualidad).

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	263	60,2
	Excluidos(a)	171	39,8
	Total	434	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,941	45

Comentario: La consistencia interna de la prueba es adecuada.

ANEXO B.

Análisis factorial de los indicadores infantiles en la actualidad

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Dolor y malestar actual	1,000	,260
Dificultades escolares actual	1,000	,781
Mantener la atención en la actualidad	1,000	,720
Inquietud e intranquilidad en actualidad	1,000	,659
Miedos y temores en la actualidad	1,000	,423
Desobedecer ordenes en la actualidad	1,000	,659
Mentir y molestar en la actualidad	1,000	,518
Dificultades para amistad en la actualidad	1,000	,434
Sentimientos de culpabilidad en la actualidad	1,000	,629
Tristeza sin motivo en la actualidad	1,000	,618
Miedo a la separación en la actualidad	1,000	,655
Contacto visual adecuado en actualidad	1,000	,550
Reciprocidad al afecto en la actualidad	1,000	,598
Adaptación familiar actualidad	1,000	,566
Adaptación escolar actual	1,000	,638

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,098	33,989	33,989	5,098	33,989	33,989	3,035	20,233	20,233
2	1,385	9,232	43,221	1,385	9,232	43,221	2,124	14,161	34,394
3	1,176	7,840	51,061	1,176	7,840	51,061	1,950	12,999	47,394
4	1,049	6,992	58,053	1,049	6,992	58,053	1,599	10,659	58,053
5	,953	6,357	64,409						
6	,823	5,486	69,895						
7	,761	5,070	74,965						
8	,704	4,692	79,658						
9	,632	4,212	83,870						
10	,560	3,731	87,601						
11	,488	3,255	90,856						
12	,473	3,151	94,007						
13	,397	2,646	96,653						
14	,292	1,949	98,602						
15	,210	1,398	100,000						

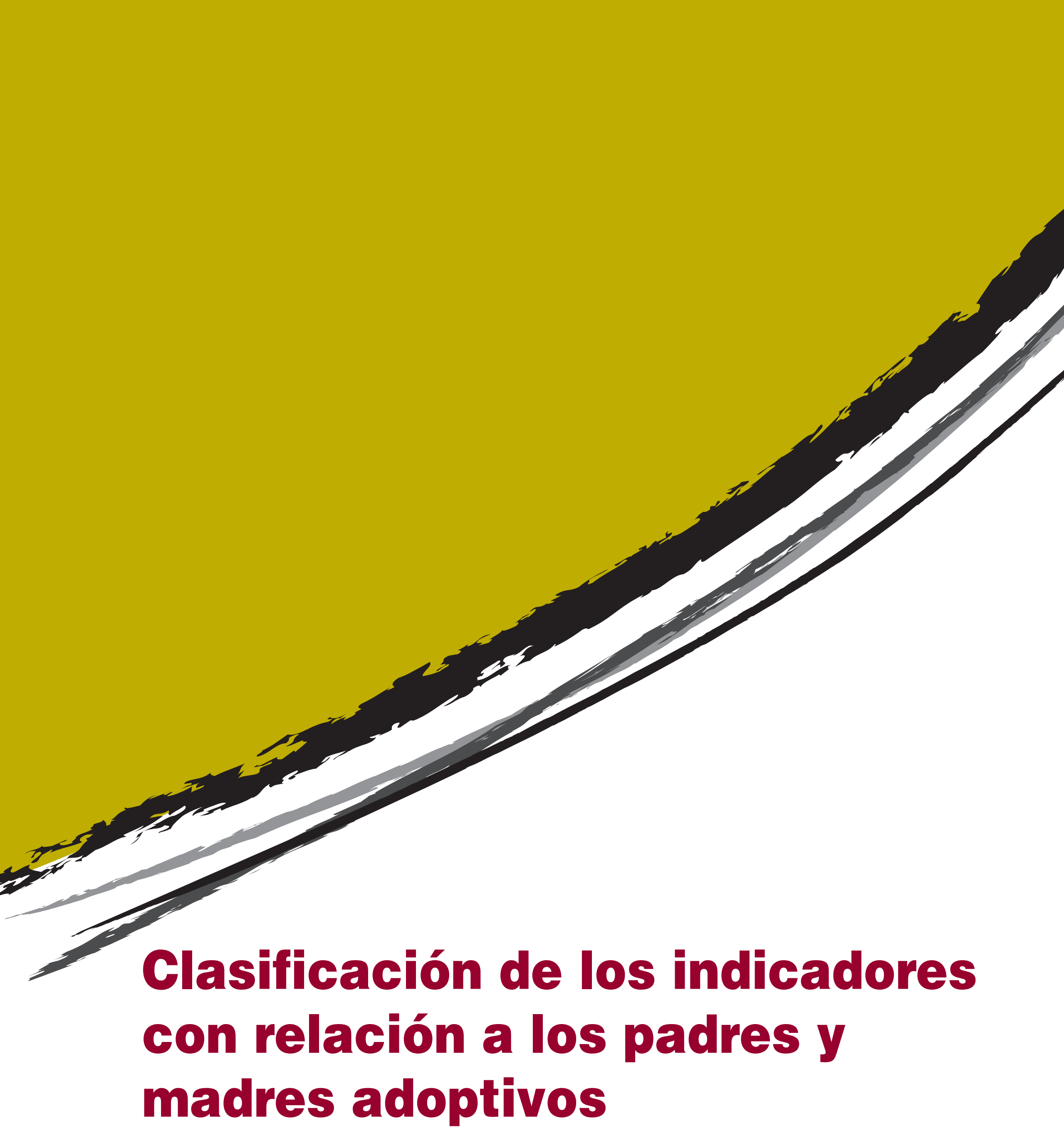
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente			
	1	2	3	4
Dolor y malestar actual	,395	–,191	,002	,259
Dificultades escolares actuales	,846	,075	,242	,040
Mantener la atención en la actualidad	,753	,115	,374	,011
Inquietud e intranquilidad en actualidad	,342	,050	,734	,011
Miedos y temores en la actualidad	,309	,181	,286	,462
Desobedecer órdenes en la actualidad	,059	,100	,789	,149
Mentir y molestar en la actualidad	,315	,515	,379	,099
Dificultades para amistad en la actualidad	,491	,419	–,002	,130
Sentimientos de culpabilidad en la actualidad	,603	,230	–,051	,458
Tristeza sin motivo en la actualidad	,291	,250	–,159	,667
Miedo a la separación en la actualidad	–,108	,046	,325	,732
Contacto visual adecuado en actualidad	,105	,724	–,004	,122
Reciprocidad al afecto en la actualidad	–,028	,764	,094	,068
Adaptación familiar actualidad	,380	,484	,374	,217
Adaptación escolar actual	,650	,351	,285	,101

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 10 iteraciones.



Clasificación de los indicadores con relación a los padres y madres adoptivos

Las variables de este apartado se agrupan en tres áreas:

- Preocupaciones / Miedos parentales (salud del hijo e hija, aceptación de otras personas y condición adoptiva)
- Satisfacción (con el niño o niña y con los procesos administrativos)
- Otros apartados (esfuerzo educativo y relación con asociaciones adoptivas)

PREOCUPACIONES / MIEDOS PARENTALES

Desde el principio de la investigación se pensó en evaluar algunos posibles miedos asociados a las familias adoptivas y a sus menores. Para ello el cuestionario recoge información sobre los posibles miedos que pueden tener los progenitores sobre la salud de los niños y niñas, su aceptación por otras personas y otras cuestiones relacionadas con la condición adoptiva.

A. Preocupaciones / Miedos de los adoptantes con relación a la salud del niño /a

Se incluyen dos preguntas relacionadas con la posible ocurrencia de problemas físicos o psicológicos, que pueden aparecer a medio plazo. Los ítems del cuestionario son los siguientes:

ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR PREOCUPACIONES / MIEDOS RELACIONADOS CON LA SALUD Miedo a...
27. ... que mi hijo /a manifieste problemas o dificultades físicas.   ***28. ... que mi hijo /a manifieste problemas o dificultades psicológicas.***

B. Preocupaciones / Miedos de los adoptantes con relación a la aceptación por otras personas del niño /a

Las familias convencionales y las familias adoptivas suelen estar preocupadas por la aceptación que reciben sus hijos e hijas desde otras personas. Éstas suelen ser la familia extensa y la red de amistades.

ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR PREOCUPACIONES / MIEDOS RELACIONADOS CON LA ACEPTACIÓN DEL NIÑO / A POR OTRAS PERSONAS Miedo a...
29. ... que sea rechazado /a o no sea aceptado por mis propios familiares (tíos, abuelos...).   ***30. ... que sea rechazado /a o no sea aceptado por mis amistades.***

C. Preocupaciones / Miedos de los adoptantes con relación a la condición adoptiva

En este apartado se incluyen elementos que sólo pueden vivir las familias adoptivas, por ejemplo: conversaciones relacionadas con la adopción, toma de conciencia del proceso adoptivo por parte del menor y la búsqueda de su familia de origen. Los ítems incluidos en este apartado son:

ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR PREOCUPACIONES / MIEDOS RELACIONADOS CON LA CONDICIÓN ADOPTIVA   *Miedo a...*
31. ... a hablar con él /ella sobre cuestiones comprometedoras (decirle que es adoptado, por ejemplo).   ***32. ... a la reacción de mi hijo /a cuando se dé cuenta de que es adoptado.***   ***33. ... que me reproche el no estar junto a sus padres biológicos.***

SATISFACCIÓN PARENTAL

Las familias adoptivas, dedican esfuerzos para avanzar, apoyar y compensar algunas de las deficiencias que sus hijas e hijos adoptivos traen de sus países de origen. En este apartado se intenta analizar la satisfacción de las familias con relación a las características físicas y psicológicas del niño o niña, su adaptación general, y los trámites en los países de origen y acogida.

A. Satisfacción con el niño / a

En este apartado se quiere evaluar la satisfacción que tienen los progenitores con sus hijos e hijas, en su vertiente física / psicológica y adaptativa. Los items incluidos en este apartado son los siguientes:

ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR SATISFACCIÓN PARENTAL CON... Características físicas / psicológicas / adaptativas
36. Características físicas del niño /a: apariencia física y salud. ***37. Características psicológicas del niño /a: carácter, personalidad, temperamento...*** ***38. Evolución general del proceso de adaptación del niño /a.*** ***34. * En la ACTUALIDAD, por ser un niño /a adoptado, ¿cree usted que le dedica más atención o esfuerzo que otros padres de niños /as no adoptados?***[1]

B. Satisfacción con los procesos y trámites administrativos

El proceso para conseguir adoptar suele ser largo (una media de año y medio). Los padres y madres deben viajar hasta lejos, conectar con entidades de otros países, negociar con una nueva cultura administrativa de la que depende inicialmente su hijo o hija y volver de nuevo a incorporarse a nuestros territorios... Un proceso no exento de dificultades. Los ítems incluidos en este apartado son los siguientes:

ITEMS DEL CUESTIONARIO PARA ANALIZAR SATISFACCIÓN PARENTAL CON... Trámites administrativos
39. Proceso y trámites de adopción en el país de origen del niño /a. ***40. Proceso y trámites de adopción en el país receptor.***

[1] (*). Los ítems marcados con asterisco son complementarios, y por tanto son valorados como secundarios dentro del cuestionario.

ANEXO A

Fiabilidad de la prueba de preocupaciones / miedos.
Todos los indicadores (momento de llegada a la familia adoptiva y en la actualidad).

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	388	88,8
	Excluidos(a)	46	11,2
	Total	434	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,772	14

Comentario: La fiabilidad de la prueba es adecuada.

ANEXO B

Análisis factorial de los indicadores parentales de preocupaciones / miedos

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Miedo a dificultades físicas actualidad	1,000	,733
Miedo a que tenga problema psicológicos actualidad	1,000	,710
Miedo a que sea rechazado por familiares actualidad	1,000	,643
Miedo a que sea rechazado por amistades actuales	1,000	,750
Miedo a comunicar situaciones comprometedoras actual	1,000	,549
Miedo a que se de cuenta que es adoptado actual	1,000	,760
Miedo a que no pueda estar con su familia biolog. actual	1,000	,558
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,098	29,973	29,973	2,098	29,973	29,973	1,828	26,111	26,111
2	1,565	22,352	52,325	1,565	22,352	52,325	1,538	21,974	48,085
3	1,040	14,859	67,184	1,040	14,859	67,184	1,337	19,099	67,184
4	,794	11,350	78,534						
5	,602	8,595	87,129						
6	,497	7,102	94,231						
7	,404	5,769	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente		
	1	2	3
Miedo a dificultades físicas actualidad	,221	–,080	,823
Miedo a que tenga problema psicológicos actualidad	–,018	,321	,779
Miedo a que sea rechazado por familiares actualidad	–,021	,785	,160
Miedo a que sea rechazado por amistades actual	,075	,862	,007
Miedo a comunicar situaciones comprometedoras actual	,716	–,116	,152
Miedo a que se de cuenta que es adoptado actual	,871	–,022	,041
Miedo a que no pueda estar con su familia biolog. actual	,709	,233	,045
Método de extracción: Análisis de componentes principales.			
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.			
a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.			

Comentario:

1. Todos los indicadores parentales aportan considerablemente a las preocupaciones / miedos parentales
2. El primer factor explica el 29.97% de la varianza. Este factor corresponde a ***PREOCUPACIONES / MIEDOS SOBRE LA CONDICIÓN ADOPTIVA.*** Los ítems implicados:
   - ***a. Hablar sobre situaciones comprometedoras sobre la adopción***
   - ***b. Reacción de mi hijo /a cuando se dé cuenta que es adoptado***
   - ***c. Que me reproche no estar junto a su familia biológica.***

3. El segundo factor explica el 22.35% de la varianza y corresponde a ***PREOCUPACIONES / MIEDOS RELACIONADOS CON LA ACEPTACIÓN SOCIAL DEL ADOPTADO.*** Los ítems implicados son:
   - ***a. Que sea rechazo por mis amistades***
   - ***b. Que sea rechazo por la familia extensa***
4. El tercer factor explica el 14.85% de la varianza y corresponde a ***PREOCUPACIONES / MIEDOS RELACIONADOS CON SALUD.*** Los ítems implicados son:
   - ***a. Que manifieste problemas físicos o de salud***
   - ***b. Que manifieste problemas o dificultades psicológicas***

ANEXO C

Fiabilidad de la prueba de satisfacción parental
Todos los indicadores (momento de llegada a la familia adoptiva y en la actualidad).

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	403	92,2
	Excluidos(a)	31	7,8
	Total	434	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,500	5

Comentario:

La fiabilidad de estos indicadores es ligeramente baja. Para futuras investigaciones, debiera completarse este apartado con nuevos items que aumenten la fiabilidad de la prueba.

ANEXO D

Análisis factorial de los indicadores parentales de satisfacción

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Satisfacción características físicas del niño /a	1,000	,439
Satisfacción características psicológicas niño / a	1,000	,698
Satisfacción proceso adaptativo niño/ a	1,000	,724
Satisfacción proceso y trámites en país de origen niño / a	1,000	,690
Satisfacción proceso y tramites en país de acogida niño/ a	1,000	,694
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Varianza total explicada

Com-ponente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acu-mulado	Total	% de la varianza	% acu-mulado	Total	% de la varianza	% acu-mulado
1	1,900	38,006	38,006	1,900	38,006	38,006	1,858	37,164	37,164
2	1,345	26,902	64,908	1,345	26,902	64,908	1,387	27,744	64,908
3	,743	14,862	79,770						
4	,622	12,447	92,217						
5	,389	7,783	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente	
	1	2
Satisfacción características físicas del niño /a	,656	,093
Satisfacción características psicológicas niño /a	,836	–,007
Satisfacción proceso adaptativo niño /a	,851	,024
Satisfacción proceso y trámites en país de origen niño/ a	,078	,827
Satisfacción proceso y tramites en país de acogida niño/ a	,008	,833
Método de extracción: Análisis de componentes principales.		
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.		
a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.		

Comentario:

1. Todos los indicadores parentales aportan considerablemente a las preocupaciones / miedos parentales

2. Factor 1. Explica el 38% de la varianza. Corresponde a la ***SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL NIÑO /A.*** Incluye los items de:

   a. Satisfacción con el proceso adaptativo del niño /a

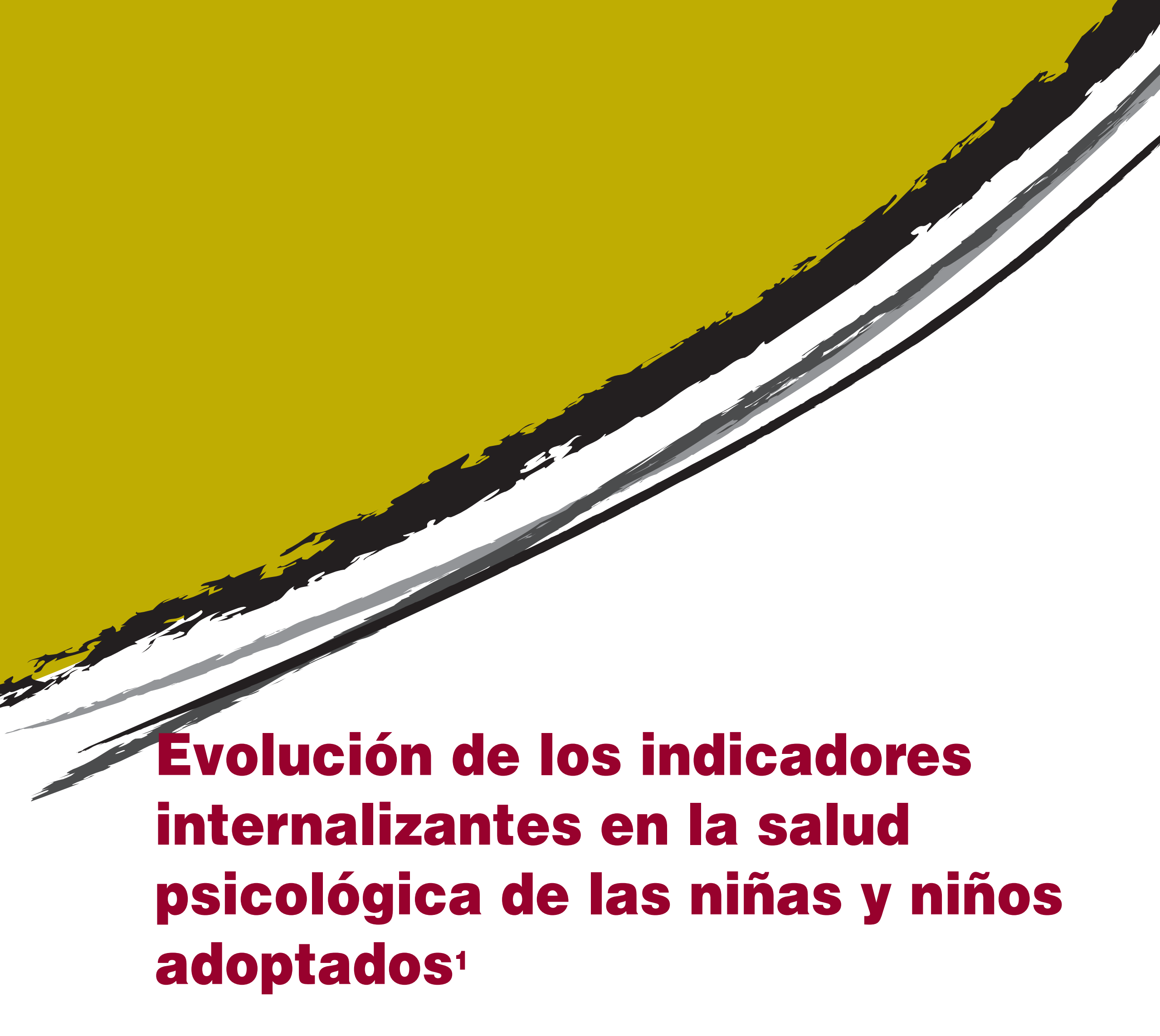
   b. Satisfacción con características psicológicas, personalidad y temperamento del niño /a.

   c. Satisfacción con características física del niño /a

3. Factor 2. Explica el 26.9% de la varianza. Corresponde a ***SATISFACCIÓN CON PROCESOS Y TRÁMITES.*** Incluye los items de:

   a. Satisfacción con trámites en el país de acogida

   b. Satisfacción con trámites en el país de origen



Evolución de los indicadores internalizantes en la salud psicológica de las niñas y niños adoptados[1]

En este capítulo analizaremos indicadores de salud psicológica relacionados con aspectos internalizantes. Veremos cómo repercuten en las niñas y niños adoptivos; tomando como referencia tres momentos básicos: incorporación del niño en la familia adoptiva, evolución al cabo de un año y momento actual.

A lo largo del capítulo conoceremos:

a) cómo llegan los niños y niñas a nuestros territorios
b) estudiaremos cómo evolucionan en su adaptación durante el primer año
c) analizaremos la tendencia del indicador hasta la actualidad

La investigación indagará sobre las dificultades más comunes que deberán afrontar las familias adoptivas y aquellas que resultan más resistentes a los cambios. Además se pretende relacionar los indicadores internalizantes con otros del estudio y se considerarán las relaciones existentes con otras variables, como el género de los menores, el tipo de familia adoptiva, la existencia de hijas e hijos previos...

Los indicadores internalizantes se han clasificado como depresivos o ansiosos. Estos últimos se refieren a conductas que producen malestar interno, miedos y temores que no pueden consolarse. En ocasiones todo esto provoca excesiva dependencia de los familiares. Los indicadores depresivos se refieren a sensaciones de culpabilidad,

[1] *En sucesivas investigaciones, los indicadores incluidos en este capítulo, debieran estar todos dentro de un solo factor (en lugar de pertenecer a dos: ansiosos y depresivos). El análisis factorial (ver anexo), demuestra la existencia fuerte de un solo factor. En este caso la denominación correcta debería ser: INDICADORES INTERNALIZANTES*

inutilidad o tristeza sin motivo aparente. Casi siempre esta disfuncionalidad provoca infelicidad, y sensaciones subjetivas de sufrimiento.

En general, y como era de esperar, observamos que los problemas mejoran y evolucionan positivamente. Sin embargo, queda patente que la incidencia difiere de unos menores a otros, siendo las dificultades de tipo depresivo las que se manifiestan con mayor frecuencia, aunque afectan a un porcentaje de niños y niñas muy pequeño.

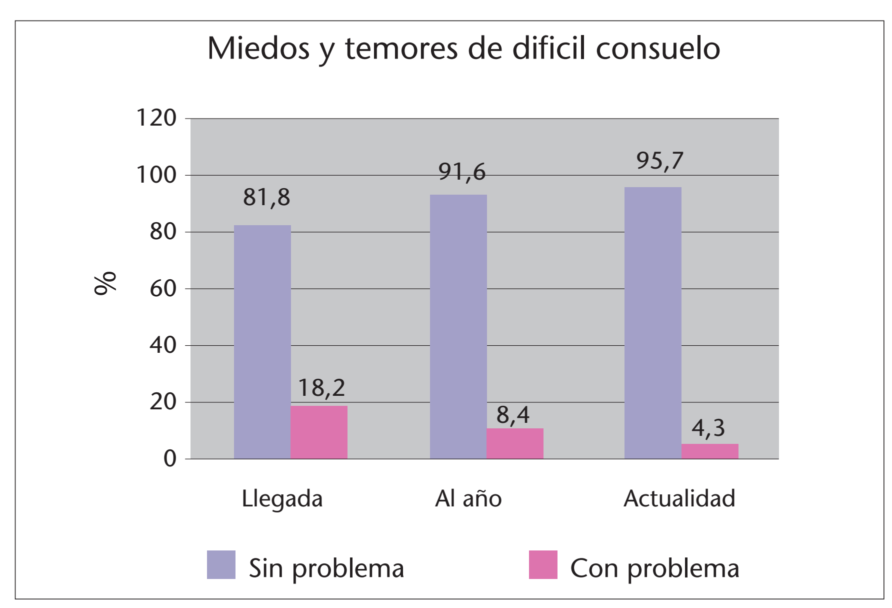
DIFICULTADES INTERNALIZANTES (TIPO ANSIOSO)[2]

Se incluyen indicadores que se asocian a la ansiedad, como por ejemplo dolores injustificados médicamente, temores y miedos que cuestan consolar o tranquilizar y dificultades de separación de la familia. Todos estos indicadores complican los procesos de autonomía. Podemos decir que un 25% de los menores adoptivos se encuentran afectados por los indicadores de corte ansioso cuando vienen de otros países y se recuperan a través de su incorporación a las familias. El trabajo realizado por las familias y la nueva sensación de seguridad, hacen que disminuya la influencia negativa de estos indicadores de manera rápida, produciéndose un acusado descenso.

Miedos, temores y preocupaciones con dificultad para consolar

Hay un grupo importante de niños y niñas (18.2%, 72 personas) que, cuando llegan a nuestro país, sufren de temores y miedos. El apego y el vínculo familiar hace que los menores avancen considerablemente en este terreno, quedando al final un 4,3% (17 niños) que mantiene este problema. Los miedos y temores se disipan paulatinamente y son poco resistentes cuando los niños son incluidos en familias adoptivas.

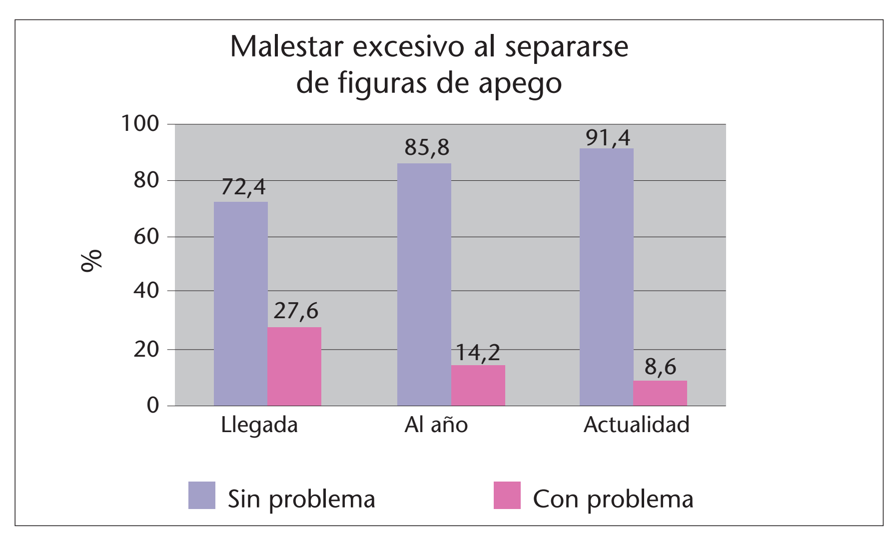
[2] Los casos perdidos no se tienen en cuenta a lo largo de este capítulo



***Relación con otros indicadores*.**. Este indicador correlaciona con la adaptación escolar del niño /a (r= –0.36**). Es decir, los niños /as con más miedos tienen peor su adaptación. Igualmente, hay relación significativa con los indicadores internalizantes de tipo depresivo (se exponen en el apartado siguiente): Sensaciones de culpabilidad (r = 0.36**) y tristeza sin motivo aparente ((r = 0.35**).

Malestar excesivo cuando se le separa de las figuras de apego

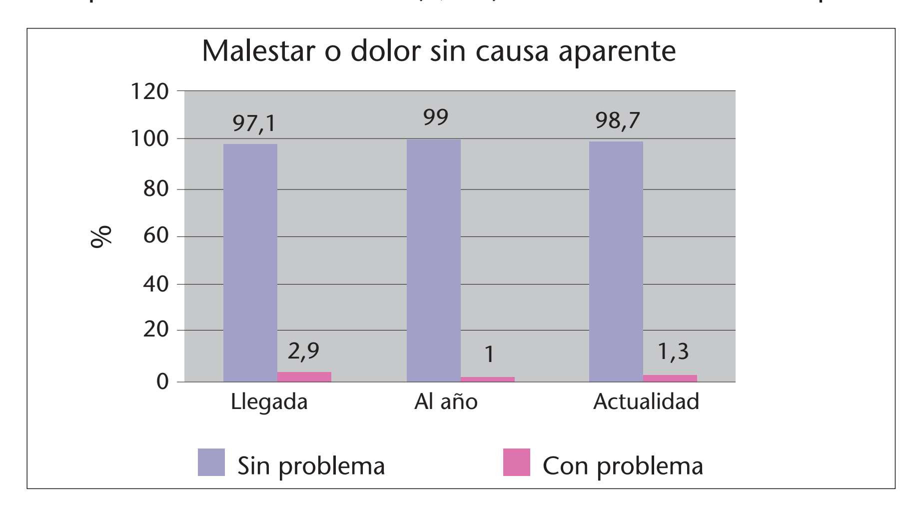
Podemos observar como este indicador es el más prevalente del grupo internalizante ansioso. A la llegada al hogar adoptivo, cerca de un 28% (111) de los menores adoptivos se sienten con malestar cuando se separan de las figuras más familiares y necesitan protección intensa para poder tranquilizarles. La mejoría principal (al igual que en los anteriores indicadores), se produce en el primer año de estancia en el hogar de adopción (reducción de 13.4 puntos, con un 14.2% de personas con esta dificultad). La mejora en este indicador continua de manera progresiva y en la actualidad se mantienen en el 8.6% (33 niños o niñas).



Relación con otros indicadores. Esta variable no tiene ninguna relación importante con otros indicadores.

Dolor o malestar en el cuerpo sin causa aparente

A la llegada se encuentran afectados solamente el 2.9% (12 personas). Y desciende hasta el 1.3% (5 casos) en la actualidad. Son muy pocos los niños y niñas perturbados por este indicador. Los pocos que tienen esta dificultad (1,3%) la mantienen en el tiempo.

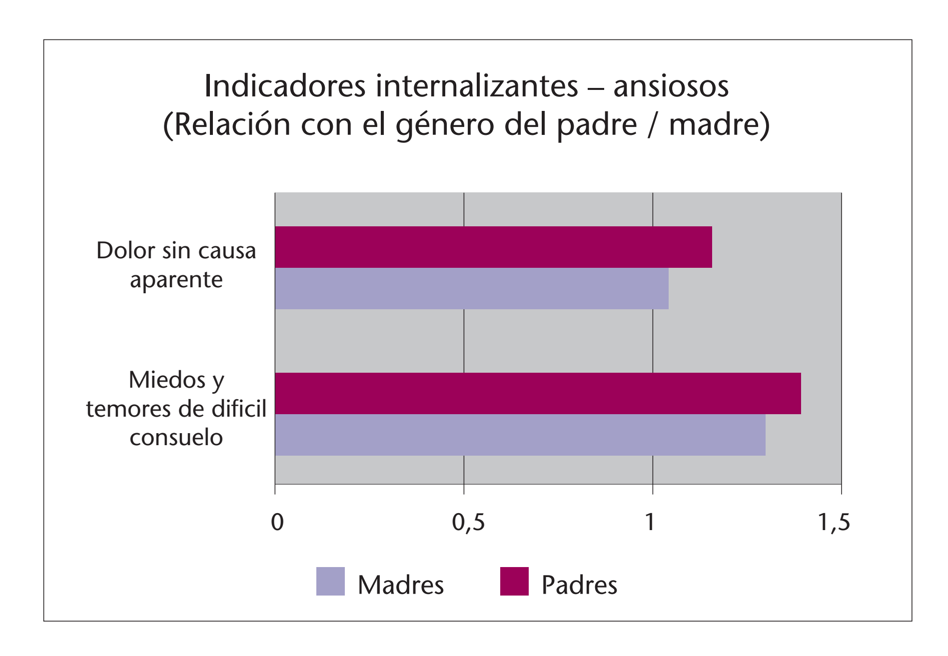


Relación con otros indicadores. Hay indicadores del estudio que se relacionan significativamente con este ítem. Sin embargo, muy pocos tienen una correlación intensa. Destaca la relación existente con la edad de adopción del niño /a (r = 0.23**).Los niños /as adoptados con más edad tienden a tener mayores malestares /dolores sin causa aparente.

INDICADORES INTERNALIZANTES (TIPO ANSIOSO) Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO[3]

A. Percepción de dificultades ansiosas y Género (padre o madre)

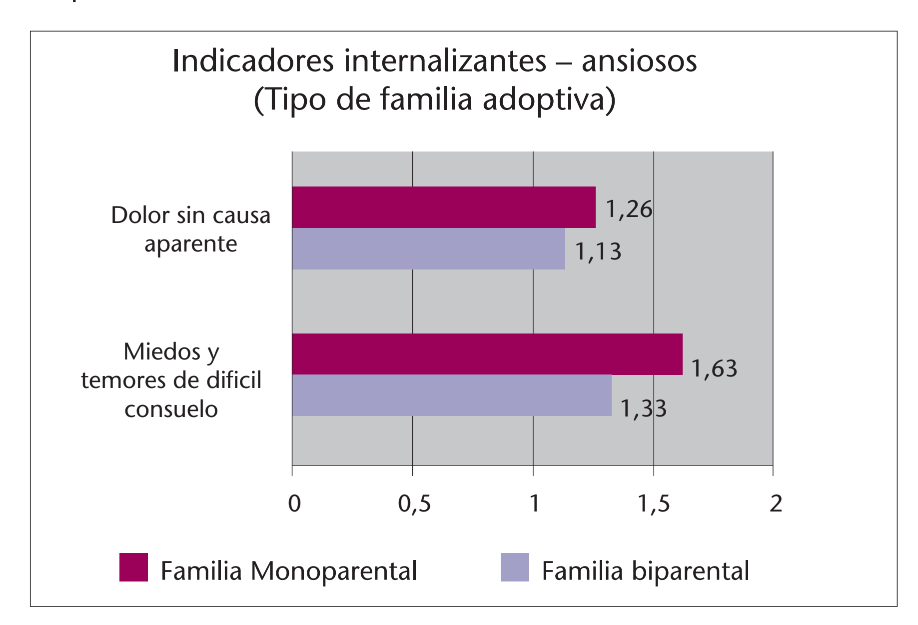
El cálculo de diferencia de medias nos manifiesta que el género de los progenitores afecta a como perciben a sus hijos e hijas. Son las madres frente a los padres, quienes perciben a sus menores con niveles más altos de disfuncionalidad en los indicadores internalizantes ansiosos.



[3] Las puntuaciones que aparecen en los gráficos de este apartado, son más disfuncionales, en la medida que son más elevadas.

B. Dolor sin causa aparente y miedos
Relación con el tipo de familia adoptiva

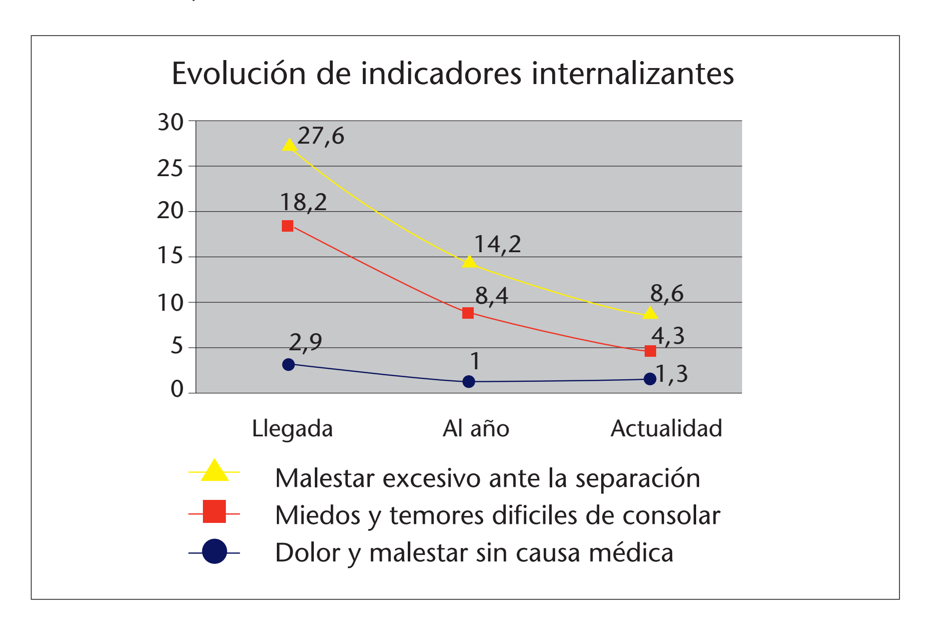
El tipo de familia adoptante (biparental / monoparental) afecta a cómo perciben el nivel de los indicadores internalizantes ansiosos. Son las familias monoparentales las que puntúan más intensamente. El gráfico que viene a continuación nos muestra visiblemente lo que estamos comentando.



CONCLUSIONES
INDICADORES INTERNALIZANTES (TIPO ANSIOSO)

Una observación detallada muestra que, cuando las niñas y niños adoptivos se incorporan al nuevo hogar, tienen dificultades internalizantes en casi un 25% de los casos, siendo más frecuente el indicador de "malestar excesivo al separarse de las figuras de apego" (ansiedad de separación), seguido por "miedos y temores que cuesta calmar". Los dolores y malestares físicos sin causa médica son casi inexistentes.

Al año de convivencia con la familia adoptiva, la mejora es casi un proceso afianzado. Podíamos decir que aquellos menores que han mejorado al de 12 meses, prácticamente mantienen su conducta funcional / disfuncional en el futuro.



Las tendencias indican que los síntomas internalizantes de tipo ansioso, están afianzados en torno al 9% de la población adoptiva, incluyendo todos los indicadores. Con diferencia, el indicador " malestar ante la separación de la familia", se mantiene más intensamente a lo largo del proceso adoptivo, afectando alrededor del 8.6% de los menores, seguido por los temores / miedos en un 4.3% (17 niños). Este indicador afecta más a las niñas y tiene un fuerte descenso en la vida de las personas adoptadas. Por otra parte, el indicador "malestar sin causa médica" experimenta un ligero ascenso en la medida que las personas adoptadas tienen más edad.

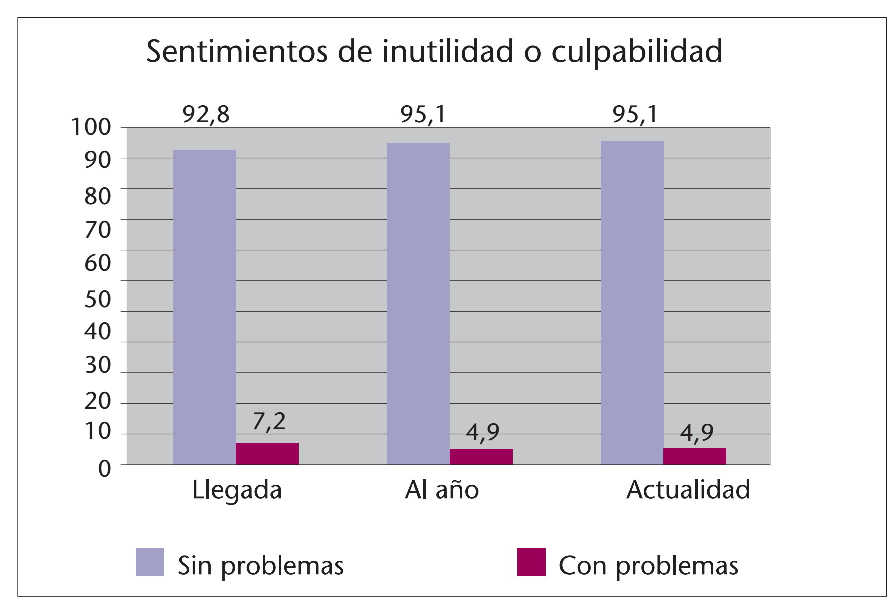
El género del padre o madre, influye en cómo ven los indicadores. Son las madres quienes tienden a ver a sus hijos e hijas adoptivas con peores puntuaciones internalizantes de corte ansioso. Además, los menores de las familias monoparentales obtienen puntuaciones más altas en estos apartados.

INDICADORES INTERNALIZANTES (TIPO DEPRESIVO)

En esta área se incluyen dos cuestiones: tristeza sin causa aparente y sentimientos de inutilidad / culpabilidad. Aunque sabemos que la depresión en menores difiere en sus manifestaciones de los adultos (en algunas ocasiones), ambos indicadores se relacionan con la tendencia depresiva en los niños y niñas.

Sentimientos de inutilidad / culpabilidad

Cuando los menores se integran con las familias adoptivas, un pequeño grupo, en torno al 7.2% (26 casos) tiene sensaciones de inutilidad, culpabilidad y decepción de sí mismos. El primer año avanzan claramente, sin embargo, en la actualidad, casi un 5% (18 niños) continúan con estas emociones, ligadas a lo internalizante – depresivo. La vivencia de inutilidad / culpabilidad refleja el dolor y sufrimiento que los niños y niñas arrastran a lo largo de su vida, originado por sus experiencias previas.



Relación con otros indicadores. Aquellos niños /as con sentimientos de inutilidad y culpabilidad, es más probable que tengan peor desempeño es-

colar (r = 0.47**), y que su capacidad de atención y concentración sea menor (r = 0.42**). Hay por tanto, una clara relación entre la vida escolar del niño y su autoestima, medida a través de este indicador (r = 0.43**, en adaptación escolar). Las relaciones sociales de los niños /as y sus capacidades para hacer amistades (r =0.36**) también se ven afectadas cuando los sentimientos de culpabilidad son mayores.

Pero la culpabilidad y la sensación de inutilidad (base de la autoestima negativa) hacen que los menores se adapten peor a sus familias, resintiéndose toda la familia adoptiva (r = 0.39**).

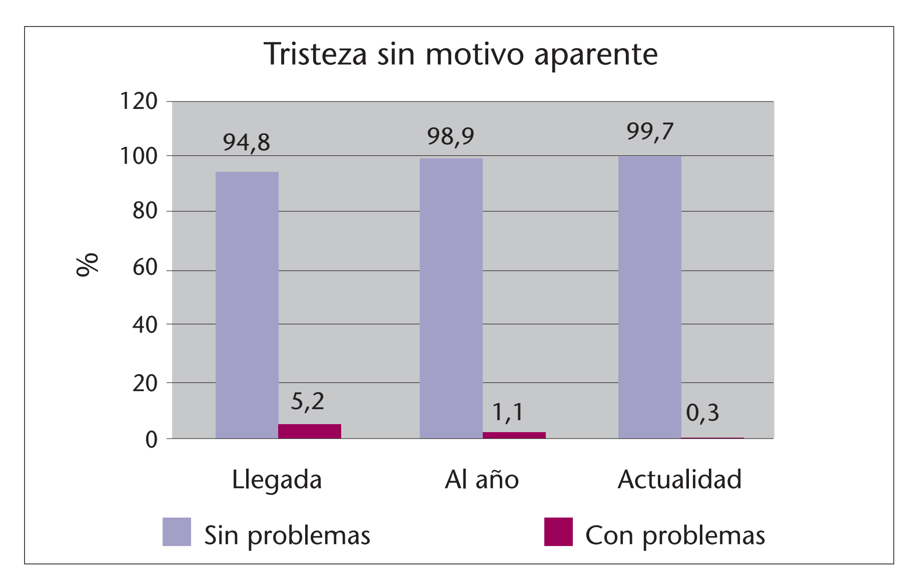
Se observa una tendencia, sobre las niñas y niños adoptados con más edad. Los de más edad son los que tienden a sentirse con mayores sentimientos de inutilidad y culpabilidad (r= 0.262**)

Tristeza sin motivo aparente

La tristeza es una emoción negativa que produce dolor. Algunos menores han sufrido deprivación[4] importante en sus países de origen. El pasado en el que han estado inmersos ha generado deprivación afectiva al menos en un 5.2% (21 casos), y ésto es detectado por las familias a la llegada de los niños y niñas.

A la llegada a nuestro país, los niños reaccionan muy positivamente al nuevo apego y en poco tiempo esta tristeza va desapareciendo. Las niñas y niños adoptivos no utilizan esta emoción como mecanismo de expresión (0.3%, 2 casos).

[4] La deprivación es una vivencia física y emocional que afecta a personas que han sido poco atendidas y apoyadas por otras personas (generalmente sus progenitores biológicos o familiares) en sus necesidades fisiológicas (alimentación, sueño, higiene...) y psicológicas (cariño, afecto, contacto físico y apoyo emocional). Como consecuencia de ello su desarrollo neurológico, fisiológico, emocional y social puede verse resentido.



Relación con otros indicadores. Los niños /as tristes tienden a manifestar mayores sentimientos de culpabilidad (r = 0.39**). Además presentan a los *ojos* de su padre y de su madre, mayor dificultad para apegarse y vincularse, mostrando menos contacto visual (r = 0.32**) y menos reciprocidad en los afectos familiares (r = 0.32**). Todo esto, afecta a las relaciones familiares y a la adaptación del niño /a en este entorno (r = 0.38).

INDICADORES INTERNALIZANTES (TIPO DEPRESIVO) Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO[5]

A. Indicadores internalizantes y edades del niño /a adoptado

La edad con que se adopta al menor correlaciona a la *llegada* con algunos indicadores internalizantes. En este sentido las niñas y niños que son adoptados con más edad suelen sentir mayor culpabilidad y más dolores sin causa médica. En la medida que pasan *más años integrados* en sus familias adoptivas, tienden a sentir

[5] Las puntuaciones que aparecen en los gráficos de este apartado, son más disfuncionales, en la medida que son más elevadas.

mayores niveles de tristeza y sentimientos de culpabilidad. Estos datos, aunque de intensidad baja, debieran ser motivo de reflexión.

TENDENCIAS EVOLUTIVAS DE LOS INDICADORES INTERNALIZANTES CON RELACIÓN A LAS EDADES DEL NIÑO /A

La edad con que se adopta al niño correlaciona con:

a. Dolores sin causa aparente (r =.33** a la llegada, r =.23** en la actualidad). Correlaciones bajas pero significativas
b. Sentimientos de culpabilidad (r =.36** a la llegada, r =.26** en la actualidad). Correlaciones bajas pero significativas

Los años que ha pasado el niño integrado en su familia adoptiva correlaciona con:[6]

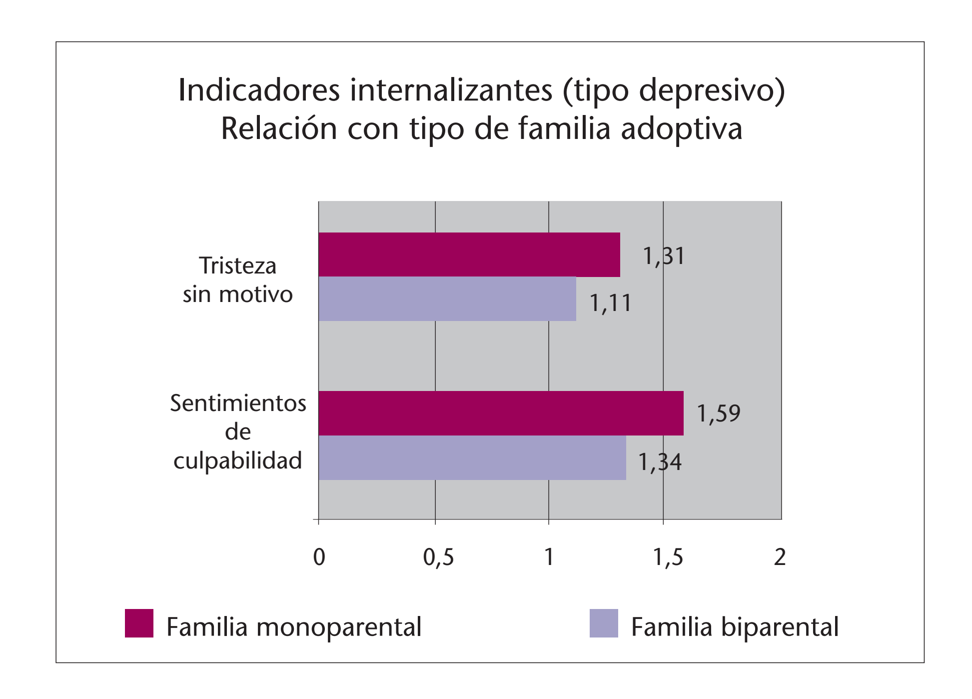
a. Emociones de tristeza (r =.10* a la llegada, r =.31** en la actualidad). Correlaciones bajas pero significativas
b. Sentimientos de culpabilidad (r =.12* a la llegada, r =.29** actualidad). Correlaciones bajas pero significativas

B. Tristeza y sensaciones de inutilidad. Relación con el tipo de familia[7]

Los resultados en la diferencia de medias vuelven a mostrar que en las familias monoparentales, los hijos tienen mayores puntuaciones en sentimientos de culpabilidad (1.59 monoparentales, frente a 1.34 biparentales) y en nivel de tristeza (1.31 monoparentales, frente a 1.11 biparentales).

[6] Obsérvese, que cuantos más años pasan con la familia adoptiva, los menores tienden a aumentar la emoción de tristeza y de culpabilidad.

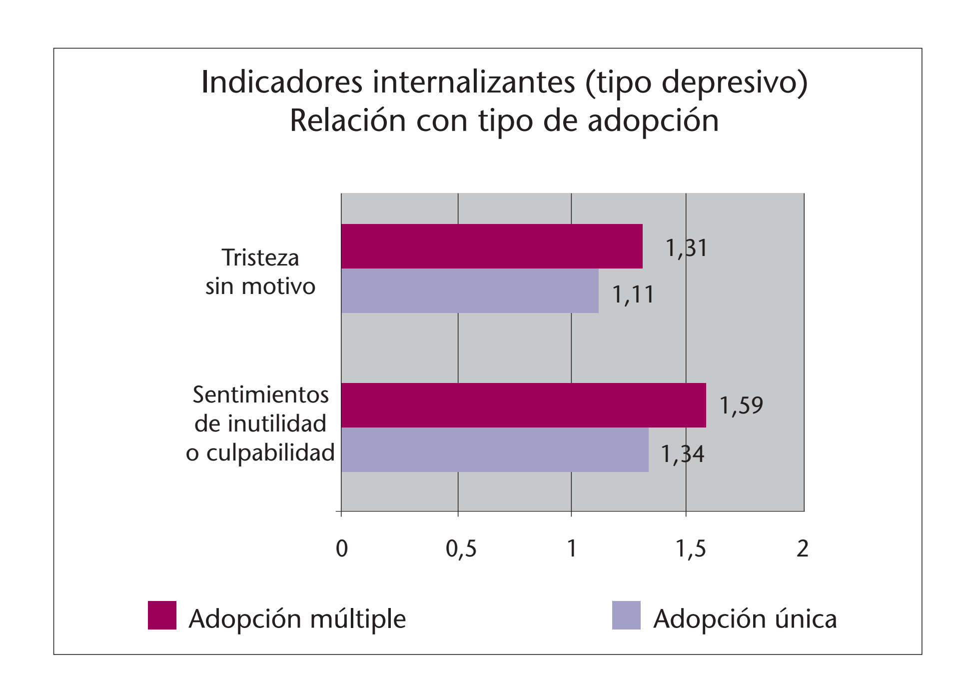
[7] A lo largo del estudio se observa una *tendencia* desfavorable a las familias monoparentales. Estos datos debieran ser estudiados con detenimiento. Para ello, se hace preciso analizar los indicadores en familias adoptivas monoparentales y en familias convencionales monoparentales, viendo las repercusiones que pudieran existir en los indicadores psicológicos y de salud.



C. Tristeza y sensaciones de inutilidad. Relación con el tipo de adopción

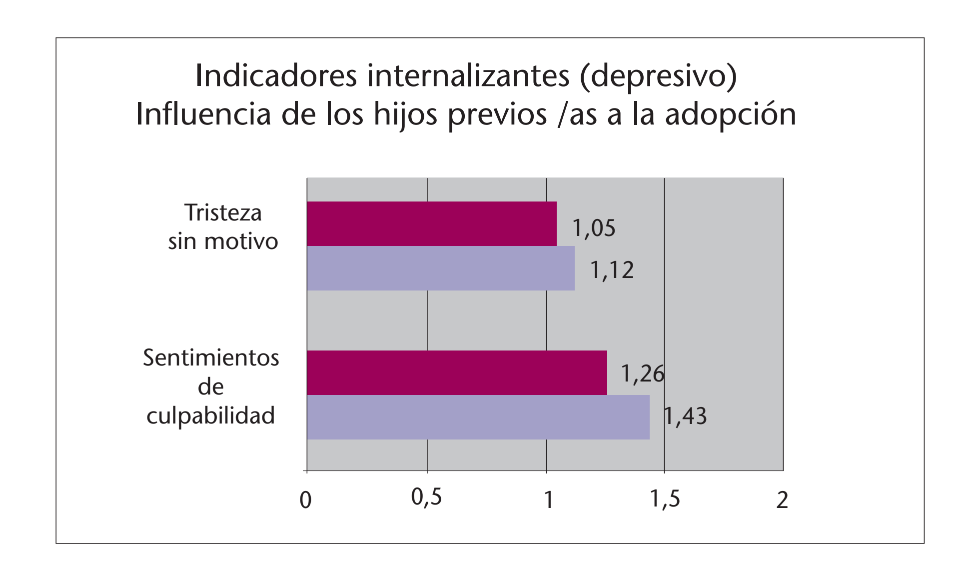
Cuando las familias adoptan, pueden traer una persona o más de una. Los resultados muestran que las familias que realizan adopciones múltiples, tienen hijos e hijas con mayor puntuación en los indicadores internalizantes de tipo depresivo[8]. Así en el indicador de "culpabilidad" manifiestan una media de 1.56 frente a 1.34 de las adopciones únicas. Y en el indicador de "tristeza" 1.26 frente a 1.11 de las adopciones únicas.

[8] Si este dato se confirmara en futuras investigaciones, deberíamos afirmar que uno de los hermanos /as adoptados (situación mayoritaria en adopciones múltiples), tendería a encontrarse en peor condición emocional que el otro hermano /a adoptado.



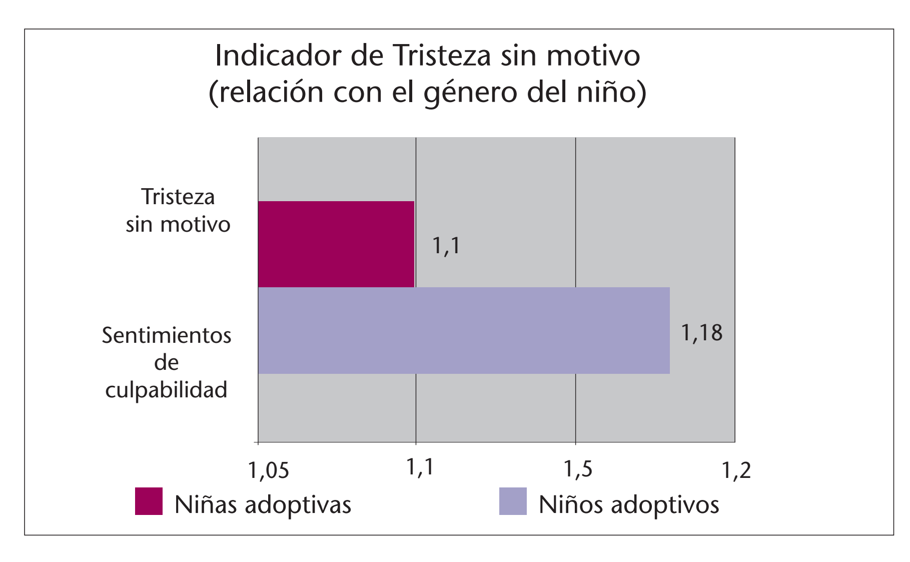
D. Tristeza y sensaciones de inutilidad. Influencia de tener hijos /as previos

Como hemos podido ver en otros capítulos, hay familias que tienen menores previos a la adopción. Esto ocurre al 28 % de las familias. Las hijas e hijos previos pueden ser biológicos (49 % de estas familias) o adoptados (44%). La T muestra que aquellas familias que han tenido previamente hijos o hijas adoptivas, puntúan especialmente más bajo en sensación de culpabilidad (1.26 aquellas familias con menores adoptivos previos, frente a 1.43 de aquellos que tienen hijas e hijos biológicos), como en emociones de tristeza de los hijos e hijas (1.05 con adoptados previamente, frente a 1.12 de los que tienen hijos biológicos). Es como si las familias que han adoptado previamente, hubieran asimilado un aprendizaje y un estilo de percibir a sus nuevas hijas e hijos adoptivos.



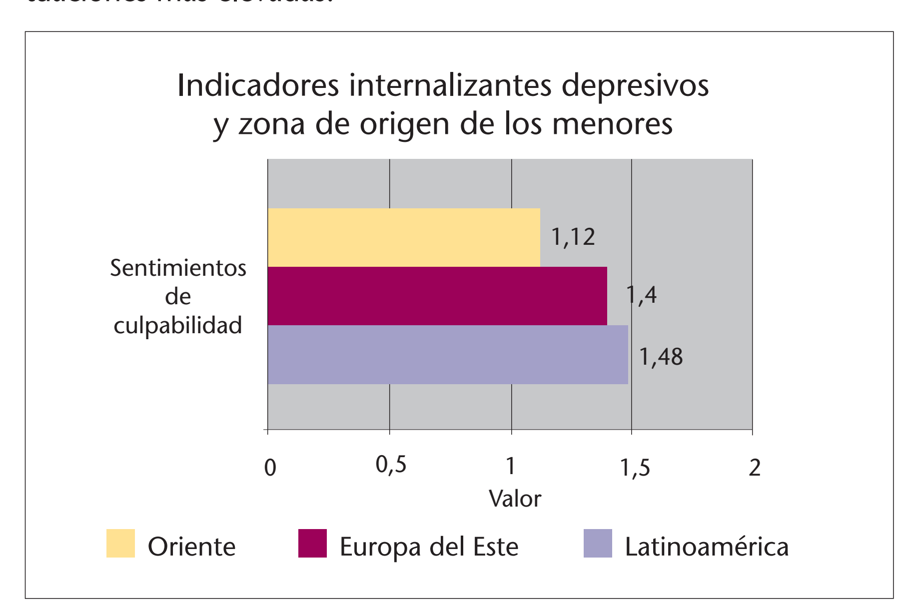
E. Emoción de Tristeza e influencia del género del menor

Aunque la tristeza es un indicador que afecta muy poco a los niños y niñas adoptivas, estas últimas, muestran significativamente puntuaciones mejores que los niños (1.18 los niños frente a 1.10 de las niñas).



F. Sentimientos de culpabilidad y zona de origen del menor

Son las niñas provenientes de Oriente, quienes presentan las mejores puntuaciones en sentimientos de inutilidad y culpabilidad. Por el contra, las niñas y niños latinoamericanos presentan las puntuaciones más elevadas.

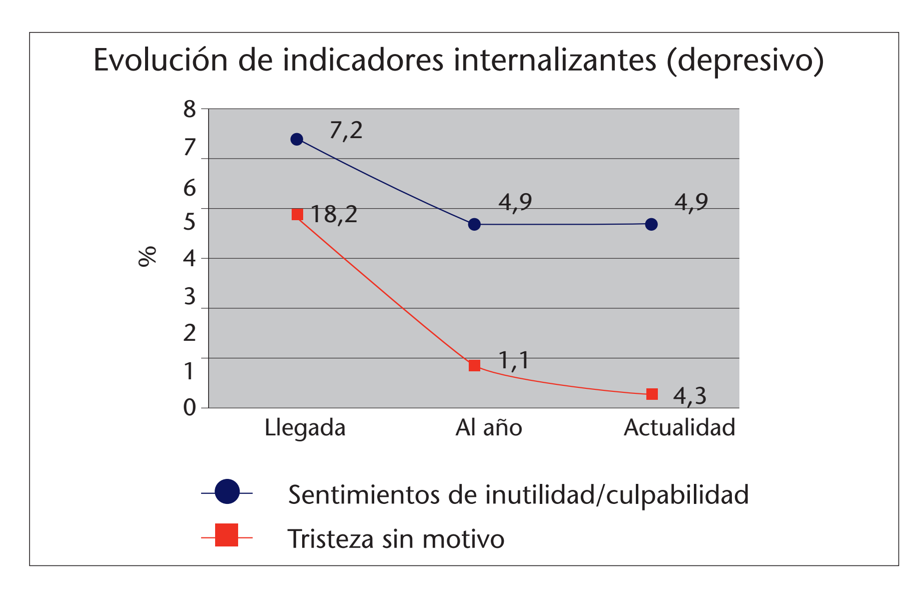


CONCLUSIONES. INDICADORES INTERNALIZANTES (TIPO DEPRESIVO)

Las niñas y niños adoptivos, al venir del país de origen, prácticamente no muestran síntomas internalizantes depresivos. Esto sólo ocurre al 7% aproximadamente (26 casos).

En la medida que avanza el proceso de convivencia en el hogar, especialmente en el primer año, los pocos niños y niñas que manifiestan estas dificultades, las disminuyen bruscamente (especialmente la emoción dolorosa de la tristeza hasta un 0.3 %). Sin embargo se perfila un grupo (4.9%) con falta de confianza en sí mismo, que se mantiene resistente a los cambios.

Queda un pequeño grupo, afianzado, cercano al 5%, que mantiene reacciones de inutilidad, culpabilidad. Son un colectivo de 18 niños y niñas que se decepcionan de sí mismos y no se valoran adecuadamente. Son menores que viven con la huella del sufrimiento y que tienen afectada su autoestima. Provienen fundamentalmente de Latinoamérica y de Europa del Este.



Aunque el grupo de menores con problemas internalizantes (tipo depresivo) es muy pequeño, los niños o niñas con estos problemas se ven afectados en las áreas escolares, sociales. Y como consecuencia de ello, las relaciones familiares se complican. Cuando la tristeza es demasiado importante, las familias sienten que sus hijos e hijas no se apegan y que se vinculan disfuncionalmente, afectando a toda la reciprocidad afectiva del grupo familiar.

Los niños y niñas con los indicadores más elevados tienden a pertenecer más a familias monoparentales, y han sido adoptados con adopciones múltiples. Cuando existen hijos e hijas previas en la familia adoptiva, aquellos que han adoptado previamente parecen haber aprendido a percibir los indicadores de manera menos estresada, que los que tienen hijas e hijos biológicos. Igualmente podemos decir que los niños tienen puntuaciones más elevadas que las niñas.

ANEXO A

Análisis factorial de los indicadores internalizantes (Tomando el momento actual)

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Dolor y malestar actual	1,000	,147
Miedos y temores en la actualidad	1,000	,528
Sentimientos de culpabilidad en la actualidad	1,000	,498
Tristeza sin motivo en la actualidad	1,000	,524
Miedo a la separación en la actualidad	1,000	,268
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	1,965	39,298	39,298	1,965	39,298	39,298
2	,924	18,470	57,768			
3	,881	17,624	75,392			
4	,654	13,074	88,466			
5	,577	11,534	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

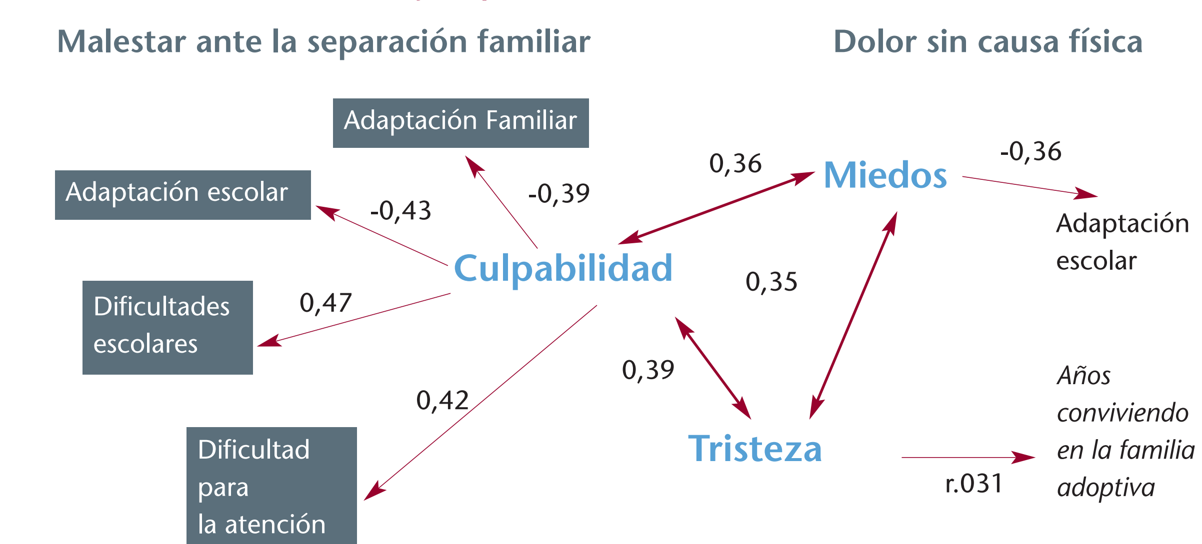
Matriz de componentes (a)

	Componente
	1
Dolor y malestar actual	,383
Miedos y temores en la actualidad	,727
Sentimientos de culpabilidad en la actualidad	,706
Tristeza sin motivo en la actualidad	,724
Miedo a la separación en la actualidad	,518
Método de extracción: Análisis de componentes principales.	
a 1 componentes extraídos	

Comentarios

1. Todos los componentes aportan al factor internalizante.
2. Es conveniente no separar los indicadores internalizantes en ansiosos y depresivos. Se recomienda en futuras investigaciones mantener un solo grupo de indicadores denominado: INDICADORES INTERNALIZANTES
3. ***La mayor aportación al factor*** corresponde a tres indicadores: a) miedos y temores difíciles de tranquilizar b) tristeza sin motivo aparente c) sentimientos de culpabilidad e inutilidad
4. Hay otros dos componentes mucho menos importantes: malestar cuando el niño se separa de las figuras parentales y malestar / dolores sin causa aparente (este último puede ser eliminado del cuestionario).

RELACIÓN ENTRE INDICADORES INTERNALIZANTES
(Tomando como referencia r mayor que 0.3)



Los resultados muestran la importancia que tienen los sentimientos de culpabilidad y las emociones de tristeza en los indicadores internalizantes. Hay tres indicadores básicos: culpabilidad, tristeza y miedos difíciles de consolar. Los tres indicadores se relacionan entre ellos.

La adaptación escolar y la adaptación familiar de los menores guarda una estrecha relación con este indicador. Por eso, los niños /as con dificultades escolares se encuentran familiarmente más desajustados.

Como conclusión, podemos decir, que las dificultades escolares, la dificultad para la atención, la adaptación escolar / familiar y los indicadores internalizantes de los niños se encuentran relacionados.



Evolución de los indicadores externalizantes en la salud psicológica de las niñas y niños adoptivos[1]

En el capítulo anterior hemos estudiado la incidencia de conductas internalizantes en las niñas y niños adoptivos. Ahora nos vamos a centrar en otros indicadores relacionados con conductas que son más observables y que afectan a esferas de la vida cotidiana del menor, como la escolaridad y las relaciones sociales.

Estudiaremos cómo ven las familias adoptivas la capacidad de sus hijos e hijas para mantener la atención y la tranquilidad. Igualmente nos centraremos en las conductas de obediencia, en las que se ven implicados los menores, padres, madres y profesorado. Y por último analizaremos otras conductas como mentir, molestar o agredir.

Si algo demuestra este capítulo es la gran diversidad existente entre las personas adoptadas. Hay muchos niños y niñas con niveles bajos de conducta externalizante, pero también existe otro grupo importante que manifiesta disfuncionalidad en estos apartados. Confiamos que el presente capítulo aporte clarificación.

DIFICULTADES EXTERNALIZANTES (ATENCIÓN / ACTIVIDAD)

Las dificultades externalizantes suelen tener su primera manifestación en los propios menores, que se muestran con dificultades para concentrarse y /o nerviosos e inquietos. La gestión de es-

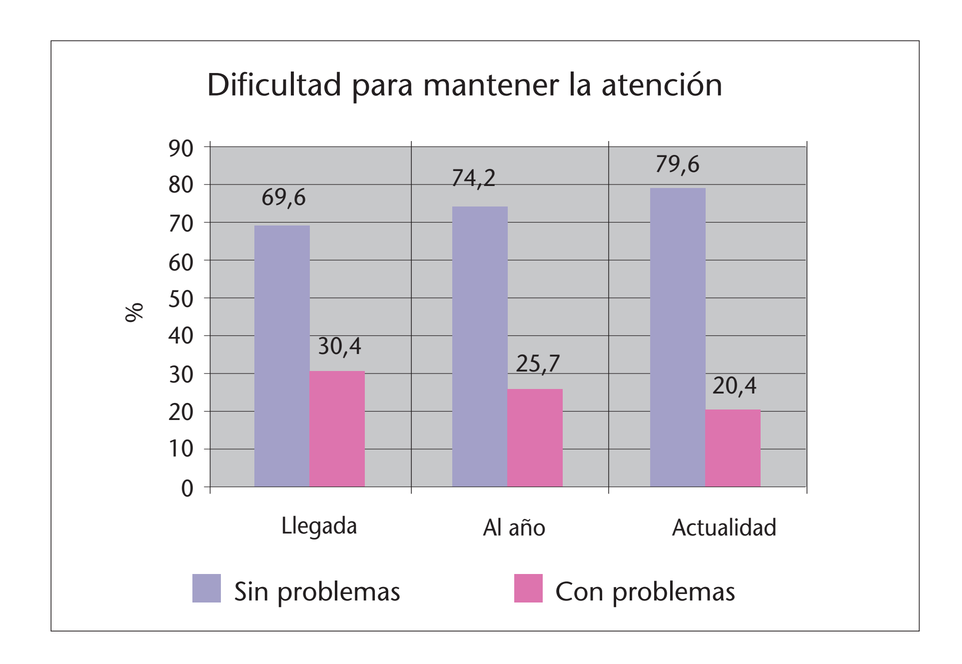
[1] *En sucesivas investigaciones, los indicadores incluidos en este capítulo, debieran estar todos dentro de un solo factor (en lugar de pertenecer a dos: atención / actividad y desafiantes). El análisis factorial (ver anexo), demuestra la existencia fuerte de un solo factor. En este caso la denominación correcta debería ser: INDICADORES EXTERNALIZANTES.*

tas conductas, desfavorece la concentración en las actividades que realiza y suele producir molestias en las personas que les educan.

Atención / actividad

Se evalúa la facilidad que tienen los menores para estar centrados en las tareas, manteniendo atención y evitando la distracción, por ejemplo, mientras hablan, juegan o están en la escuela.

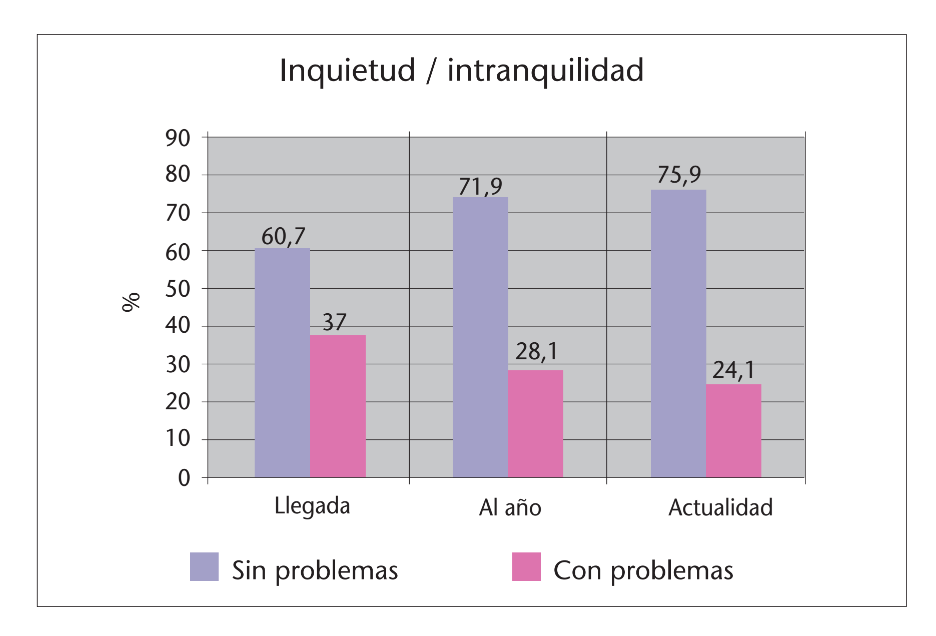
Los resultados nos muestran que un número importante de niños y niñas, el 30.4% (118 casos) tienen esta dificultad al incorporarse a su familia adoptiva. La disfunción se reduce a lo largo de los primeros años, pero queda afianzada en un 20,4% (79 casos).



Relación con otros indicadores. Los niños /as que tienen dificultades de atención en la actualidad, tienden claramente a tener más dificultades escolares (r = 0.74**), ser más inquietos /as (r = 0.53**) y tener mayores sentimientos de culpabilidad (r = 0.42). Nos encontramos con las *correlaciones más importantes* de toda la investigación.

Inquietud / intranquilidad

El indicador mide si la niña o el niño es inquieto e intranquilo. Es decir, si su estilo es *movido* y si tiene dificultades para esperar turnos, peticiones de palabras... El análisis demuestra que estamos frente a uno de los ítems en que las personas adoptadas presentan peores resultados, estando más afectadas. Así vemos que a la llegada a la familia adoptiva presentan este indicador el 37% (154 casos), quedando finalmente un 24.1% (100 casos) que siguen manteniendo estos síntomas con el paso del tiempo.

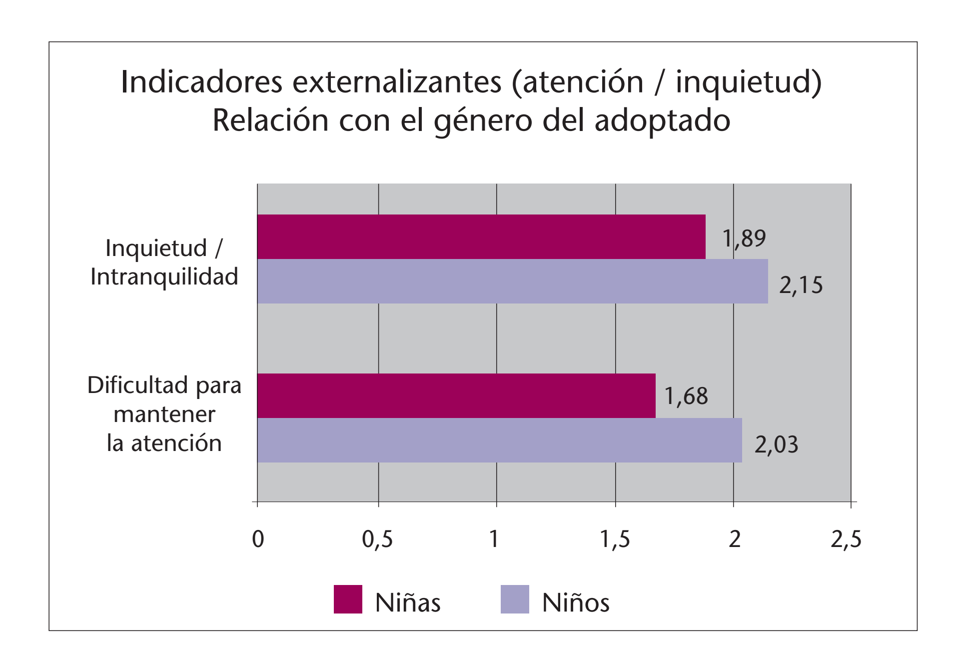


Relación con otros indicadores. Las personas con mayor nivel de inquietud e intranquilidad tienden a mantener peor la atención (r = 0.53**), tener mayores dificultades escolares (r = 0.42**) y a desobedecer órdenes de los adultos (r = 0.44**).

INDICADORES EXTERNALIZANTES (ATENCIÓN / ACTIVIDAD) Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO

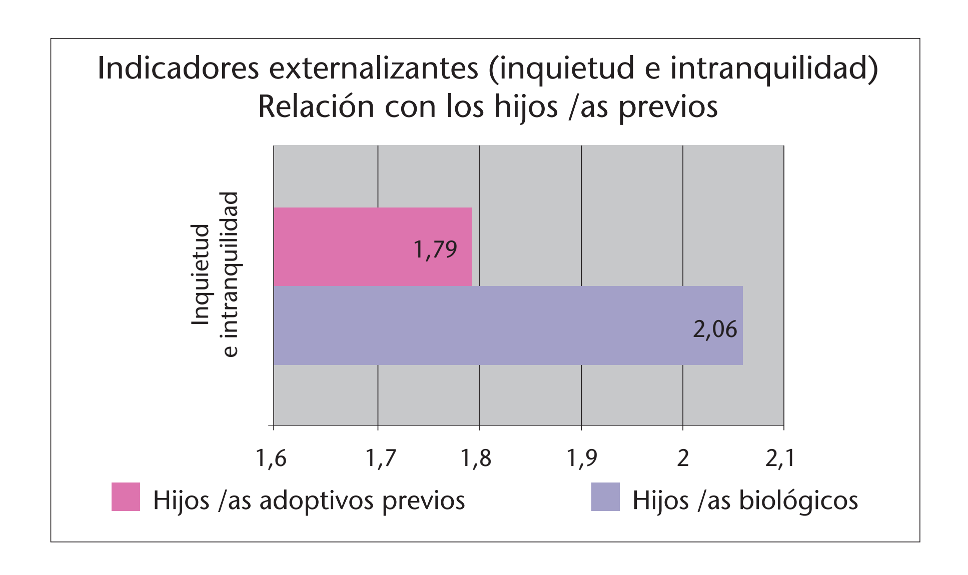
A. Género del menor

Como era de esperar, los niños tienen más dificultades para mantener la atención, y más dificultades para mantenerse tranquilos que las niñas. Puesto que estos indicadores guardan alta relación con otros ámbitos importantes (dificultades escolares, adaptabilidad familiar, adaptabilidad escolar), podemos intuir que los niños más que las niñas presentan mayores dificultades de rendimiento y peores niveles de adaptabilidad.



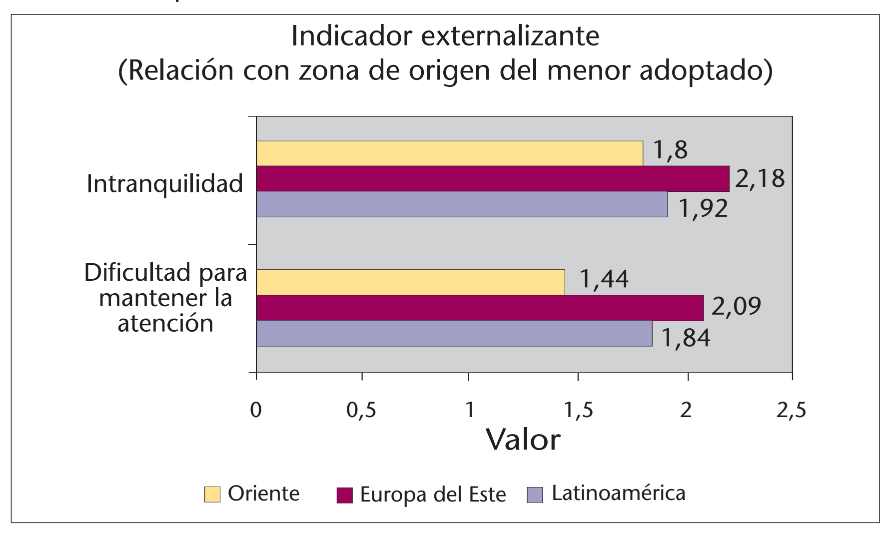
B. Influencia de tener hijas / os previos

El análisis muestra que las familias que tienen hijas e hijos biológicos previos a la adopción, sus nuevos hijos adoptivos puntúan más alto en inquietud / intranquilidad, que los que tienen hijos adoptivos previos.



C. Dificultades para mantener la atención y la tranquilidad. Relación con la zona de origen de las personas adoptadas

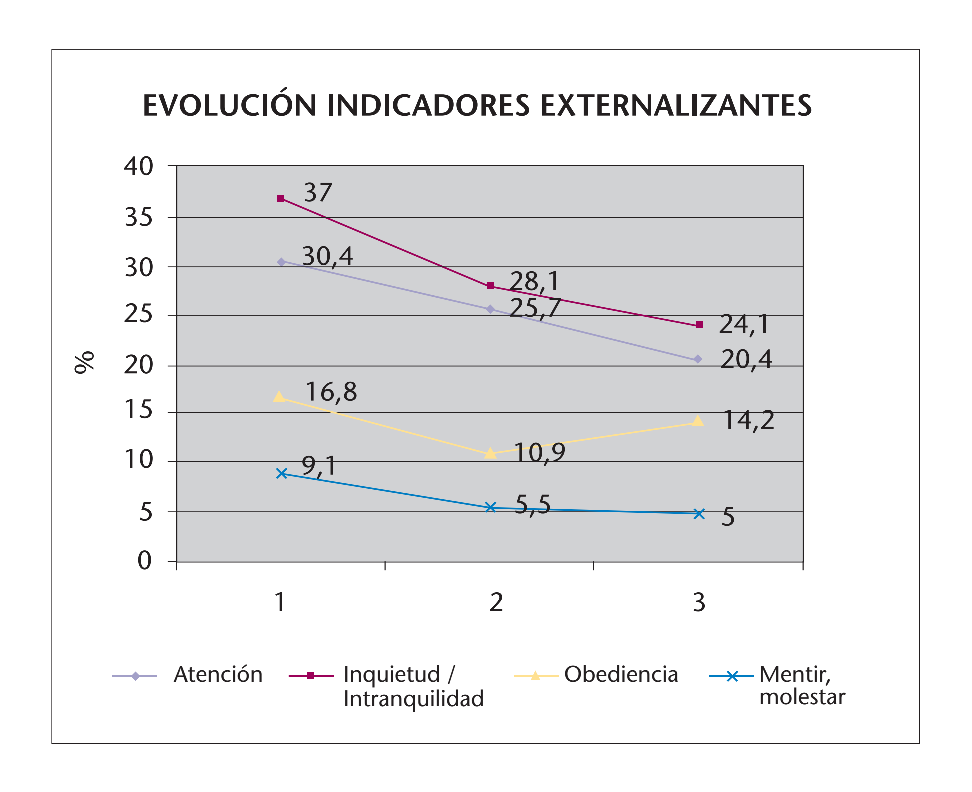
Se observa que los niños y niñas que provienen de Europa del Este tienen las peores puntuaciones, seguidos de los niños y niñas de Latinoamérica y de Oriente (mayoritariamente de China), tanto en la capacidad de mantener la atención como en comportamiento de intranquilidad.



CONCLUSIONES:
DIFICULTADES EXTERNALIZANTES (ATENCIÓN / ACTIVIDAD)

Nos encontramos con unos indicadores que no pueden pasar desapercibidos, pues ambos indicadores tienen fuerte repercusión en la vida de los niños y niñas, especialmente en el área escolar.

Las dificultades de atención están presentes a la llegada de los países de origen en un 30% de las personas adoptadas. Es una huella clara del sufrimiento que han vivido en su periodo fetal y de sus estancias en los centros residenciales. Las familias adoptivas con su función de apoyo consiguen fuertes avances en las hijas e hijos, logrando que este indicador mejore hasta niveles del 20%. Las dificultades de atención afectan de manera más clara a los niños y niñas que provienen de Europa del Este.



Mayor reflexión merece el nivel de tranquilidad / intranquilidad que tienen en su comportamiento. Observamos que se presenta en un porcentaje del 37% de los niños o niñas cuando llegan a sus nuevas familias. Hay avances a lo largo del proceso adoptivo, pero un 24.1% continúa con necesidad de seguir mejorando en este indicador. Este indicador sigue afectando más intensamente a las personas que provienen de Europa del Este.

Las relaciones entre las variables manifiestan que el rendimiento escolar está claramente relacionado con las dificultades externalizantes del tipo atención / actividad. Igualmente los niños y niñas con indicadores externalizantes de este tipo, son algo más desobedientes. Todas estas vivencias les afecta para tener mayores sentimientos de culpabilidad que el resto de personas adoptados.

Los niños obtienen significativamente peores puntuaciones que las niñas y en las familias que tienen hijas o hijos biológicos previos, sus nuevos hijos e hijas adoptivas, presentan igualmente peores puntuaciones.

DIFICULTADES EXTERNALIZANTES (CONDUCTA DESAFIANTE)

Las conductas desafiantes se basan en la falta de competencia social. Esta es necesaria para mantener los comportamientos prosociales. La conducta social de las niñas y niños se basa en el respeto a otras personas, pero también en el respeto hacia sí mismos. El concepto de asertividad[2] es el opuesto a la incompetencia social.

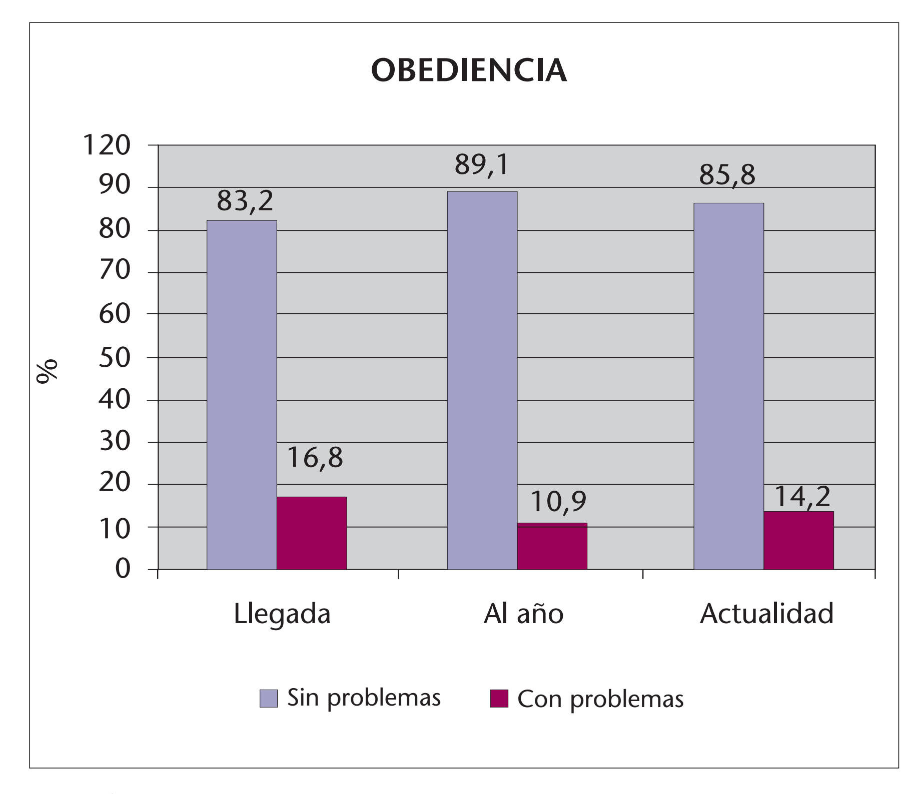
Los niños y niñas asertivas se manifiestan como son, defienden sus derechos y manifiestan empatía hacia los demás. Y lo hacen comportándose con desobediencia ante lo injusto, y con obediencia ante las pautas que se muestran lógicas. Las personas asertivas sue-

[2] La asertividad es un conjunto de conductas que se manifiestan en las relaciones sociales. Las personas asertivas tienden a expresar sus opiniones sin miedo, manteniendo un respeto hacia los demás. La asertividad es opuesta a la timidez y a la agresión intencionada. La asertividad se caracteriza por una espontaneidad sana que tiene presente a las otras personas.

len ser más sinceras, y cuando son prosociales no utilizan la mentira, la coacción o la agresión para llegar a sus fines.

Obediencia

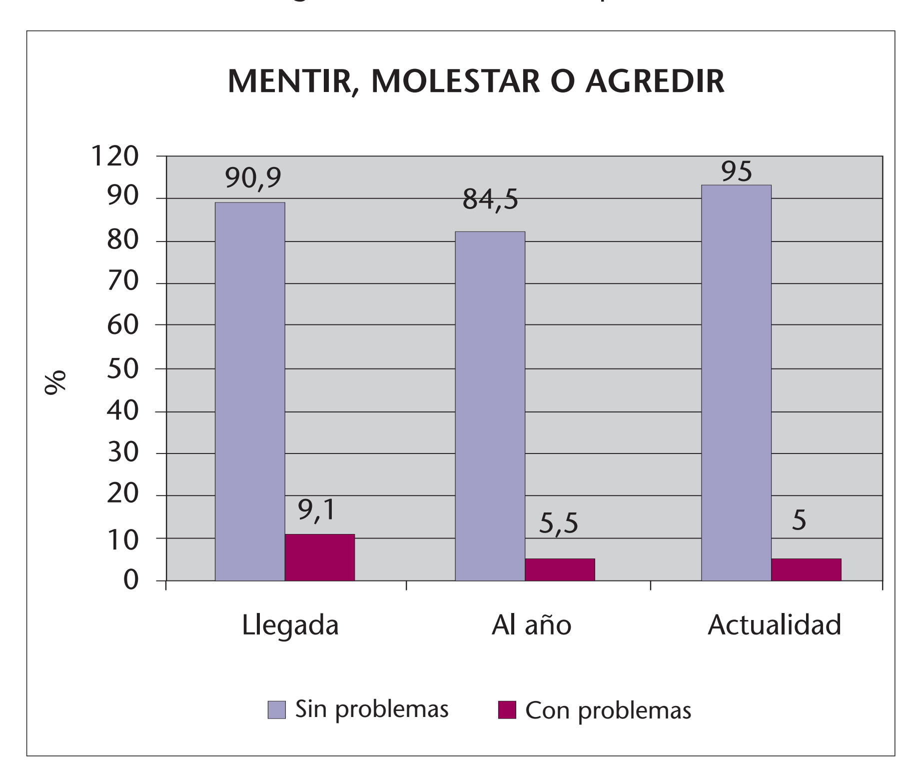
Como vemos en el gráfico siguiente, la mayoría de los menores adoptivos tienen niveles de obediencia adecuados. Pero existe un porcentaje cercano al 14.2 % (59 casos) que tienen dificultades para obedecer. Este es uno de los indicadores que menos evoluciona, más resistente al cambio. Aquellos personas que se muestran desobedientes a la llegada, presentan a medio plazo la misma dificultad.



Relación con otros indicadores. Los niños /as más desobedientes manifiestan mayor intranquilidad (r = 0.44**) y mayores conductas de mentir, molestar y / o agredir (r = 0.41**).

Mentir, molestar o agredir

Muy pocos menores presentan conductas desafiantes como mentir, molestar o agredir. A la llegada lo hacía el 9.1% (38 casos). Al cabo del año, solo un 5.5% (23 casos) utilizan esta estrategia para conseguir lo que desean. Queda en el momento actual un 5% (21 casos), prácticamente los mismos que mentían o molestaban al cabo del año de integrarse en su familia adoptiva.



Relación con otros indicadores. Los niños /as con mayor conducta externalizante (mentir, molestar) tienen peor adaptación con su familia (r = 0.44**), peor adaptación escolar (r = 0.43**) y tienden a desobedecer con mayor frecuencia que el resto de los niños /as (r = 0.41**)

INDICADORES EXTERNALIZANTES (CONDUCTA DESAFIANTE) Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO[3]

A. Indicadores externalizantes y edades del niño /a adoptado

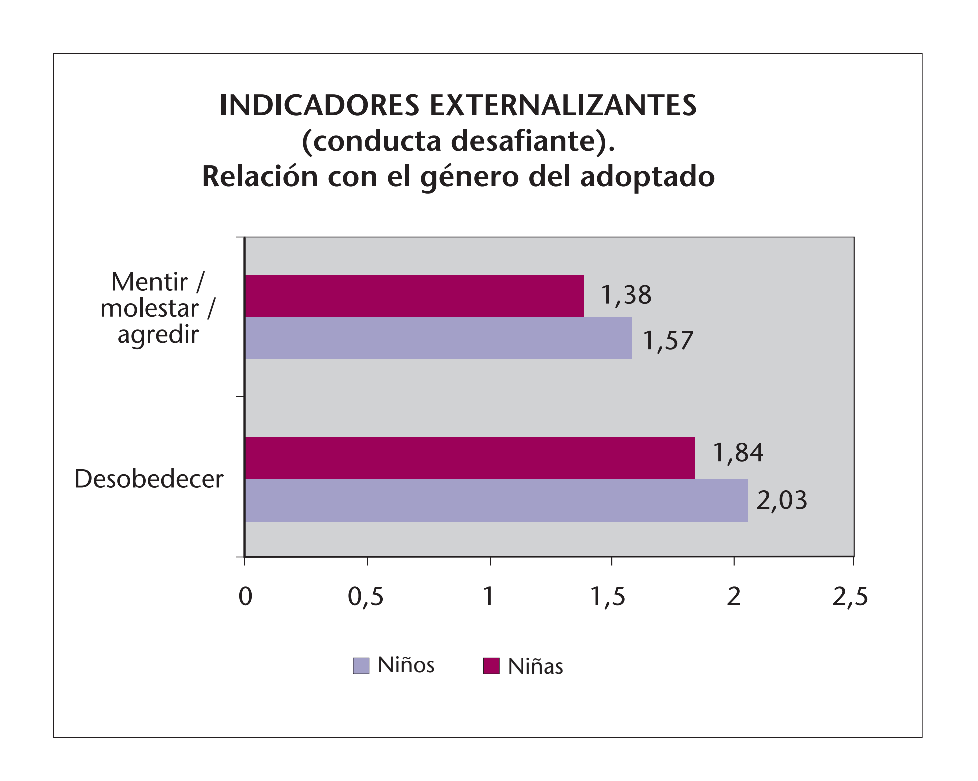
La edad con que se adopta al menor, presenta correlaciones muy bajas con todos los indicadores externalizantes del estudio. Se detectan claras mejorías con el paso del tiempo y los años de integración adoptiva.

TENDENCIAS EVOLUTIVAS DE LOS INDICADORES EXTERNALIZANTES CON RELACIÓN A LAS EDADES DEL NIÑO /A
La edad con que se adopta al niño o niña, correlaciona con: a. Mantenimiento de la atención (r =.17** a la llegada, r =.11* en la actualidad). Correlaciones significativas pero muy bajas.   b. Mentir, molestar y agredir (r =.26** a la llegada, r =.11* en la actualidad). Correlaciones significativas, pero bajas.

B. Indicadores externalizantes desafiantes y género del menor

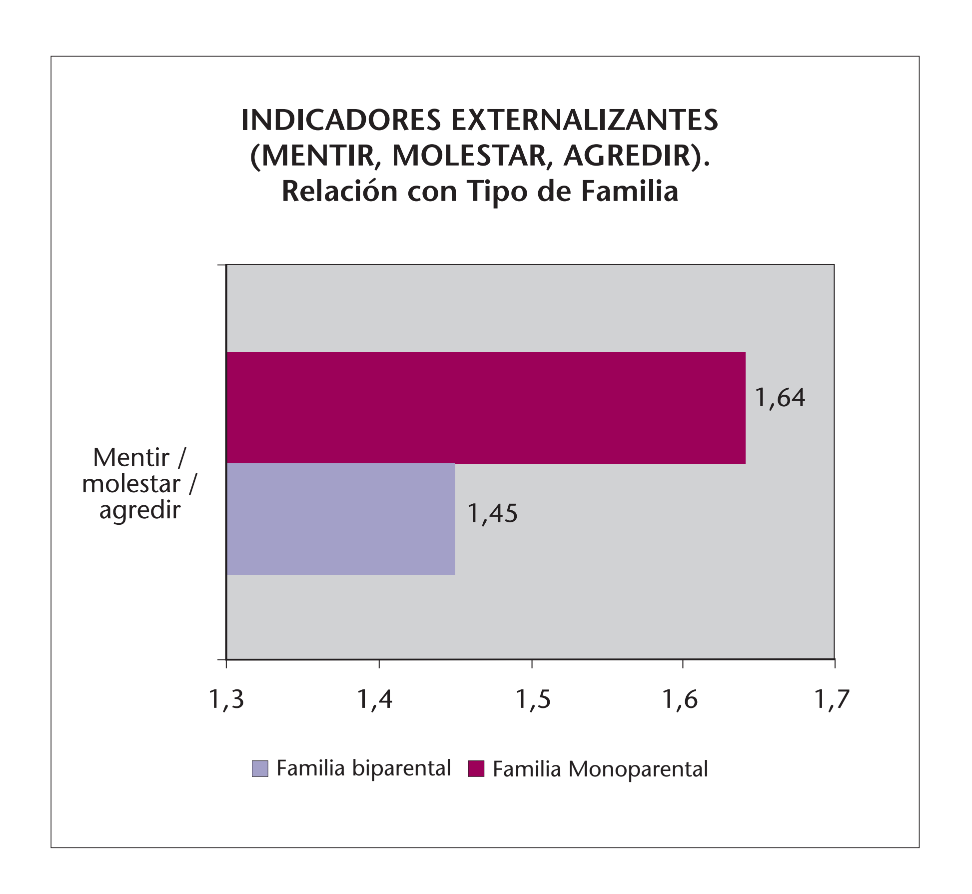
Nuevamente los niños tienen peores puntuaciones que las niñas en los indicadores externalizantes (conducta desafiante), tanto en nivel de obediencia como en mentir / molestar / agredir.

[3] Las puntuaciones que aparecen en los gráficos de este apartado son más disfuncionales en la medida que son más elevadas.



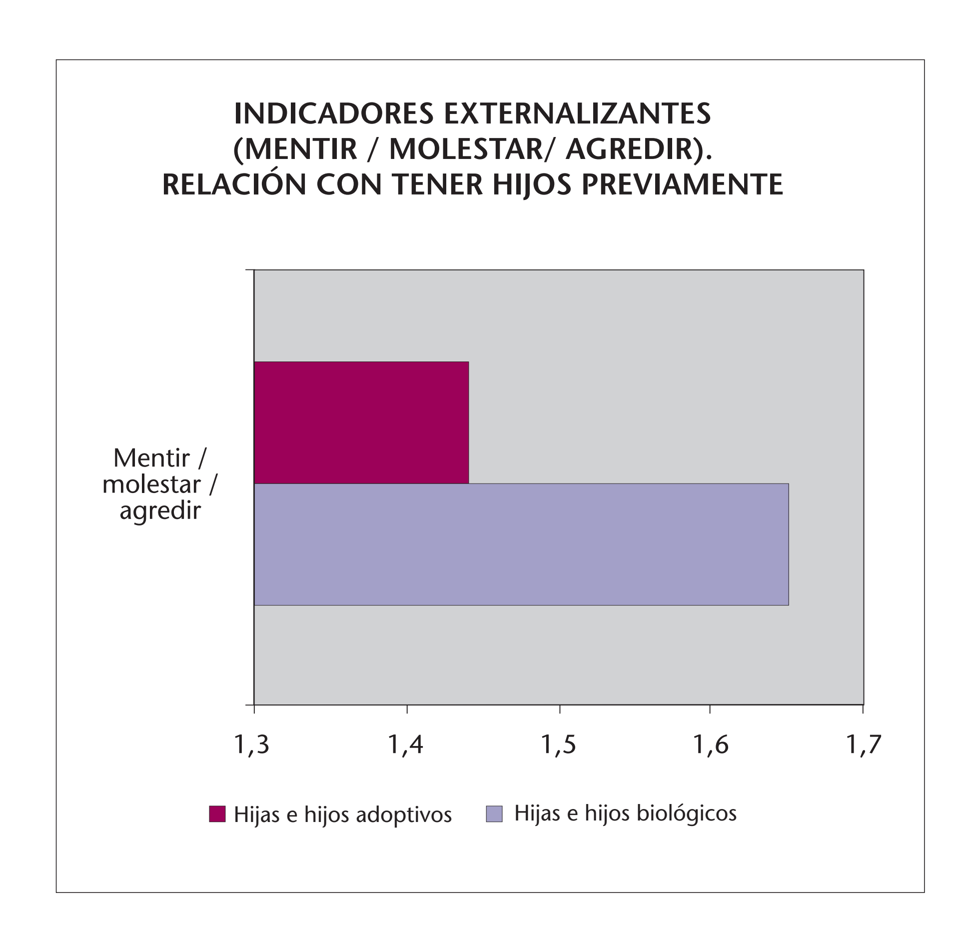
C. Mentir, molestar, agredir y relación con el tipo de familia

En las familias monoparentales, los niños y niñas presentan peores puntuaciones que en las familias biparentales con relación al indicador "mentir / molestar / agredir".



D. Mentir, molestar, agredir e influencia de tener hijas/ os previos

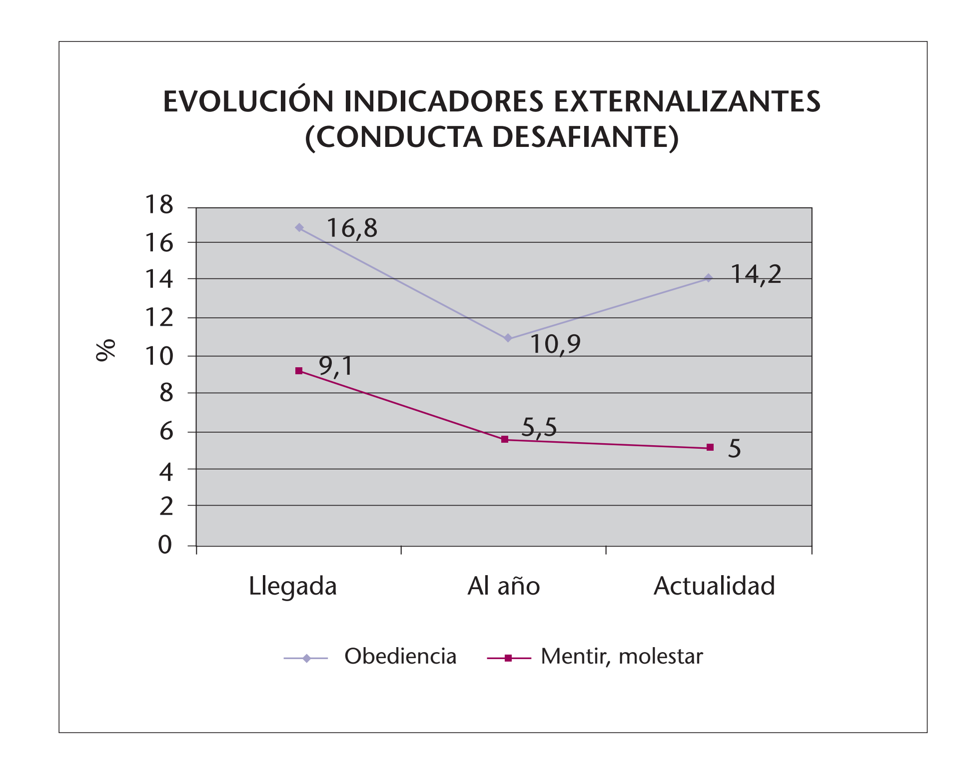
En las familias con hijas e hijos biológicos previos, los menores adoptados tienen peores puntuaciones en conducta externalizante (mentir / molestar / agredir)



CONCLUSIONES.
DIFICULTADES EXTERNALIZANTES (CONDUCTA DESAFIANTE)

Las personas adoptadas no son más agresivas que el resto de los niños y niñas que viven en familias convencionales. Sólo un 5% manifiesta presentar conductas de molestar o agredir a otras personas. El avance logrado por las familias adoptivas es muy importante en este terreno, y los pocos niños y niñas que llegaron con estas conductas han mejorado considerablemente. Son las personas que provienen de Europa del Este las que manifiestan mayores problemas en este indicador.

Sin embargo, debemos reflexionar sobre la obediencia / desobediencia. Este indicador se expresa en la relación con los adultos (padre, madre, profesorado y menores). Cuando vienen de los países de origen, muestran problemas con la obediencia, un 19% de los niños y niñas. Al cabo del año la mejoría es significativa (11%). Pero en la medida que avanza la relación familiar, las personas adoptadas y sus familias, vuelven a tener dificultades para mantener pautas en este terreno. Es evidente que algunas familias adoptivas (14%) necesitan orientación para el manejo de la convivencia. Los niños y sobre todo niñas provenientes de Oriente son las que mejores puntuaciones obtienen.



La relación entre variables indica que las niñas y niños que presentan externalización con indicadores desafiantes, tienen peor adaptación a su familia y peor adaptación escolar. Igualmente mani-

fiestan menores niveles de culpabilidad que aquellos más centrados en la externalización de tipo atención / actividad.

Los indicadores de corte desafiante afectan más a los niños que a las niñas, a las familias monoparentales y a las que tienen hijos biológicos previos.

ANEXO A

Análisis factorial de los indicadores externalizantes

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Mantener la atención en la actualidad	1,000	,545
Inquietud e intranquilidad en actualidad	1,000	,644
Desobedecer órdenes en la actualidad	1,000	,515
Mentir y molestar en la actualidad	1,000	,487

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Com-po-nente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,191	54,773	54,773	2,191	54,773	54,773
2	,758	18,945	73,718			
3	,628	15,709	89,427			
4	,423	10,573	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes (a)

	Componente
	1
Mantener la atención en la actualidad	,738
Inquietud e intranquilidad en actualidad	,803
Desobedecer ordenes en la actualidad	,718
Mentir y molestar en la actualidad	,698
Método de extracción: Análisis de componentes principales.	
a 1 componentes extraídos	

Comentarios:

1. ***Todos los indicadores guardan una buena relación entre ellos***. Podemos decir que hay un componente final, al que podemos llamar *externalizante.*
2. ***El orden de los componentes*** es a) inquietud e intranquilidad, tiene dificultades para esperar turnos (0.80) b) mantener la atención con dificultad (0.73) c) Desobedecer (0.71) y d) mentir, molestar o agredir (0.69)



ANEXO B

Fiabilidad de la prueba en los indicadores externalizante

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	381	87,2
	Excluidos(a)	56	12,8
	Total	434	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

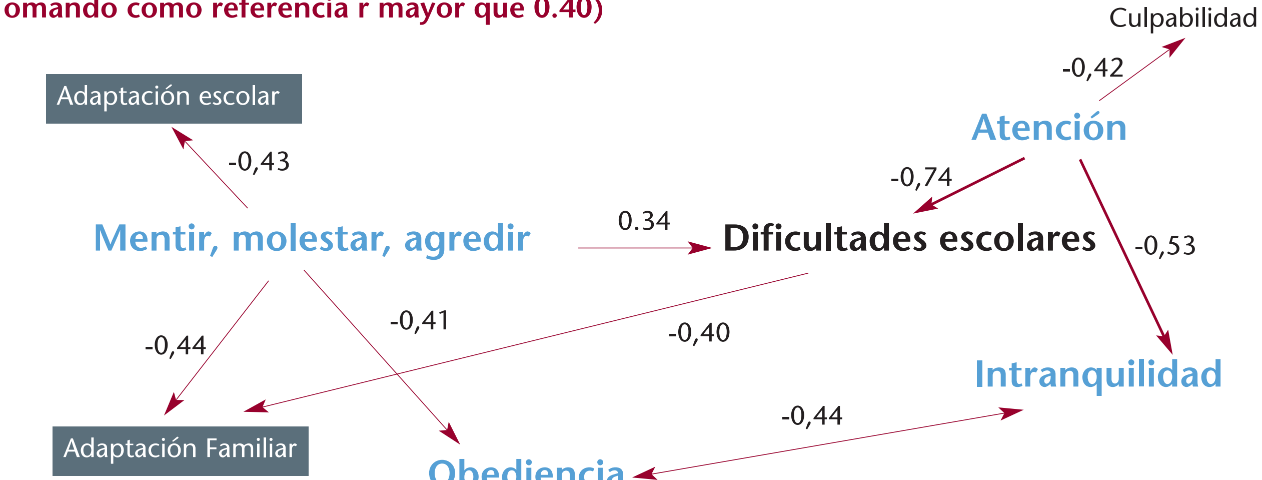
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,717	4

Comentarios:

1. La prueba tiene buena consistencia interna, buena fiabilidad
2. Si la prueba se repitiera, los resultados serían prácticamente los mismos.

RELACIONES ENTRE INDICADORES EXTERNALIZANTES
(Tomando como referencia r mayor que 0.40)



Nos encontramos con unos indicadores que afectan directamente a las dificultades escolares de los niños. Aquellos que presentan dificultades con la atención, suelen ser intranquilos y más nerviosos. La falta de atención incide fuertemente en las dificultades escolares.

Se detectan dos tipos de niños externalizantes. Aquellos únicamente focalizados en las dificultades escolares y otro muy minoritario, más centrado en las conductas desafiantes. Estos últimos son más desobedientes, están peor adaptados al sistema educativo y tienden a mentir con más facilidad. Ambos grupos, tienen dificultades para la adaptación familiar y esto les hace sentirse culpables (especialmente el grupo inatento).

Una vez más, se demuestra que las dificultades escolares y la conducta desafiante producen problemas dentro del ambiente familiar.



Evolución de los indicadores de salud psicológica (adaptabilidad) de las niñas y niños adoptivos

El concepto de adaptación implica que las personas tengan un comportamiento funcional y válido en los contextos que viven. La adaptabilidad tiene un sustrato de convencionalidad, y quién difiere excesivamente de lo esperable es visto como diferente (en ocasiones como inadaptado). Los principales contextos y áreas de adaptación en la infancia son: la familiar, escolar y social.

La adaptabilidad es un *concepto global*. Las personas adaptadas son previsibles en sus comportamientos y sus conductas no difieren excesivamente de lo que hacen la gran mayoría de las personas. Todas las familias, incluidos los padres y madres adoptivas, hablan con otras personas que tienen hijos e hijas. Constantemente, las familias comparan los comportamientos reales y esperables de sus hijos e hijas con los de otros niños y niñas.

Las familias valoran la diversidad de sus miembros como un enriquecimiento para todos. Sin embargo, desean que sus hijos e hijas se adapten a las normas y al estilo educativo que fomenta la familia. Acotar los comportamientos de los menores es una obligación asociada a la paternidad y la maternidad. Todos los padres y madres esperan que sus hijos e hijas les quieran. Y desean poder expresar afecto y cariño. La adaptación familiar del menor tiene que ver con estos conceptos que acabamos de explicar.

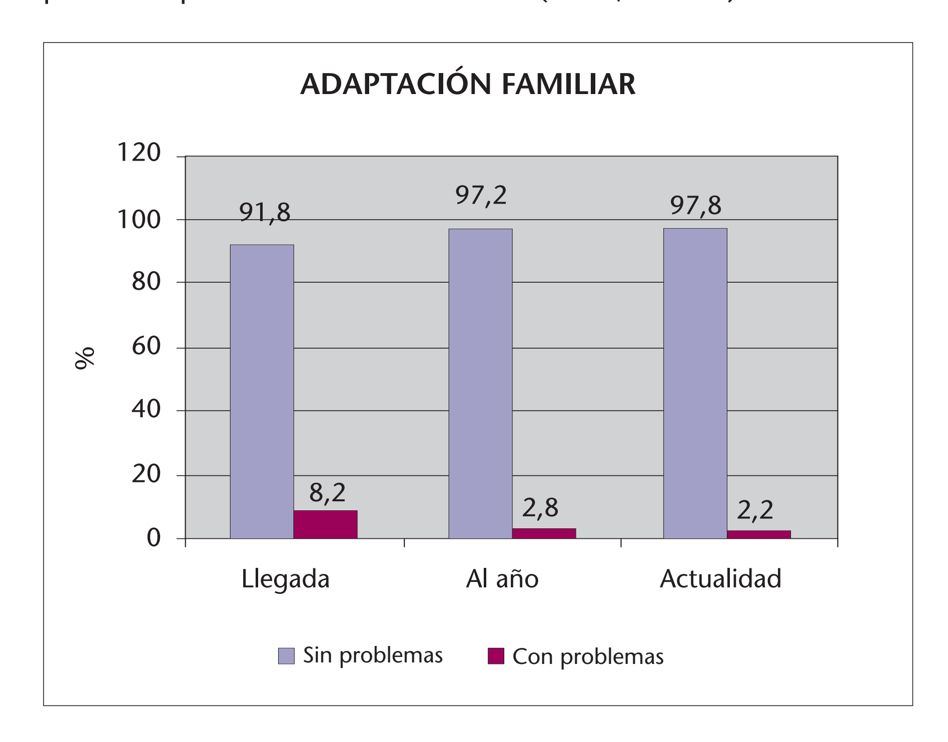
Pero los niños y niñas tienen que adaptarse a otros contextos. En el mundo escolar, los menores deben obedecer a su profesorado y cuidadores, cumplir las normas del aula, respetar el estilo educativo de la escuela y relacionarse positivamente con sus iguales. Esto es lo esperable para que un niño esté adaptado en el sistema escolar.

La adaptación social tiene sus peculiaridades. Los niños y niñas deben acoplarse al mundo infantil, con sus normas y estilos, muy di-

ferentes al estilo familiar y escolar, donde son dirigidos por adultos. El mundo de los niños y niñas sigue sus reglas y su organización. Los adultos tienen una cabida limitada. Para todos los niños (adoptados y no adoptados), poder estar incluido en este mundo es un reto continúo. En este capítulo estudiaremos la adaptabilidad de los menores en el ámbito familiar, escolar y social.

Adaptación familiar[1]

Al llegar de los países de origen, las personas adoptadas se adaptan bien a sus nuevas familias, presentando dificultades el 8.2% (34 casos). Las familias siguen afianzando y consiguen avanzar en el ajuste a lo largo del primer año (2.8% con problemas, 12 casos). Podemos decir que sólo un grupo muy pequeño de niños y niñas presentan problemas en la actualidad (2.2%, 9 casos).



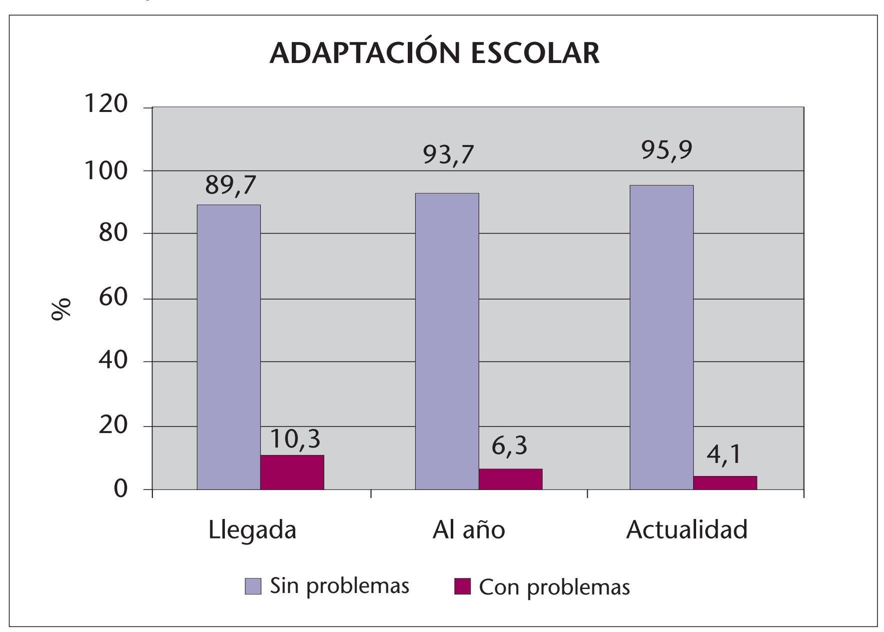
[1] En este capítulo no se tienen en cuenta los casos perdidos.

Relación con otros indicadores. La adaptación familiar es un indicador referencial en la investigación. Correlaciona con todos los indicadores de manera significativa. Los niños /as con problemas en esta variable suelen presentar problemas en todas las demás. Las relación es muy clara con la adaptación escolar (r = 0.64**). Los niños /as con dificultades familiares presentan igualmente dificultades con la escuela. Y su rendimiento suele ser insuficiente (r = 0.42**).

Tanto los niños /as con altos indicadores externalizantes (tipo desafiante), como aquellos que tienen altos indicadores ansiosos (tipo depresivo), presentan dificultades de adaptación familiar (r = – 0.44** externalizante / desafiante y r = – 0.39** ansioso / tipo depresivo). Igualmente, los que tienen problemas en el apego y vínculo son vividos como más desajustados en su adaptación familiar (r = – 0.33*). Concluyendo, este indicador, cuando es alto, pronostica dificultades en los demás indicadores.

Adaptación escolar

Los menores adoptados se adaptan a los centros escolares adecuadamente. A la llegada el 10.3% (43 casos) tienen problemas de integración en los centros. Al año el indicador mejora hasta el 6.3% (26 casos) y en la actualidad están afectados el 4.1% (17 casos).

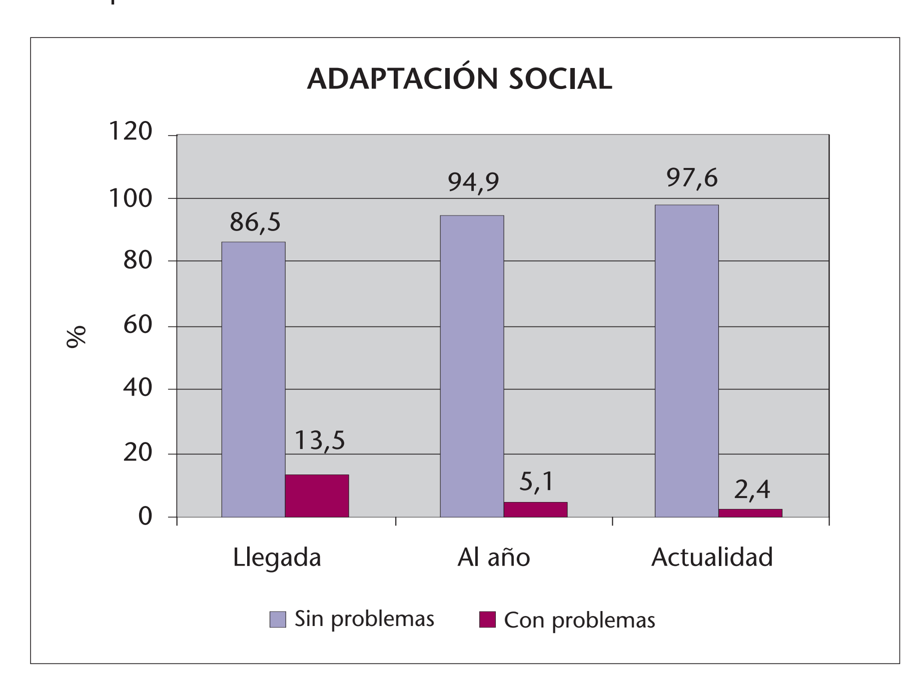


Relación con otros indicadores. Como era de esperar, la adaptación escolar correlaciona con indicadores que tienen que ver con el aprendizaje. En este sentido, los niños /as con mala adaptación escolar presentan mayores dificultades en las tareas escolares (r = 0.58**) y en otros indicadores relacionados con la escuela, como por ejemplo la dificultad para mantener la atención (r = 0.47**).

Los niños /as con mala adaptación escolar son más externalizantes / desafiantes (r = 0.43**), y tienen mayores niveles de culpabilidad (r = 0.43**). Como se ha mostrado en el apartado anterior, hay una estrecha relación entre la adaptación familiar y la adaptación escolar. (r = 0.64**)

Adaptación social

Los menores adoptados avanzan consistentemente en su adaptación social. Y pasan desde un 13.5% de niñas y niños con dificultades (56 casos) a la llegada hasta un 2.4 % en la actualidad (10 casos). Es descenso muy significativo. En este sentido las personas adoptadas se integran bien con otros menores y tienen buena capacidad para hacer amistades.



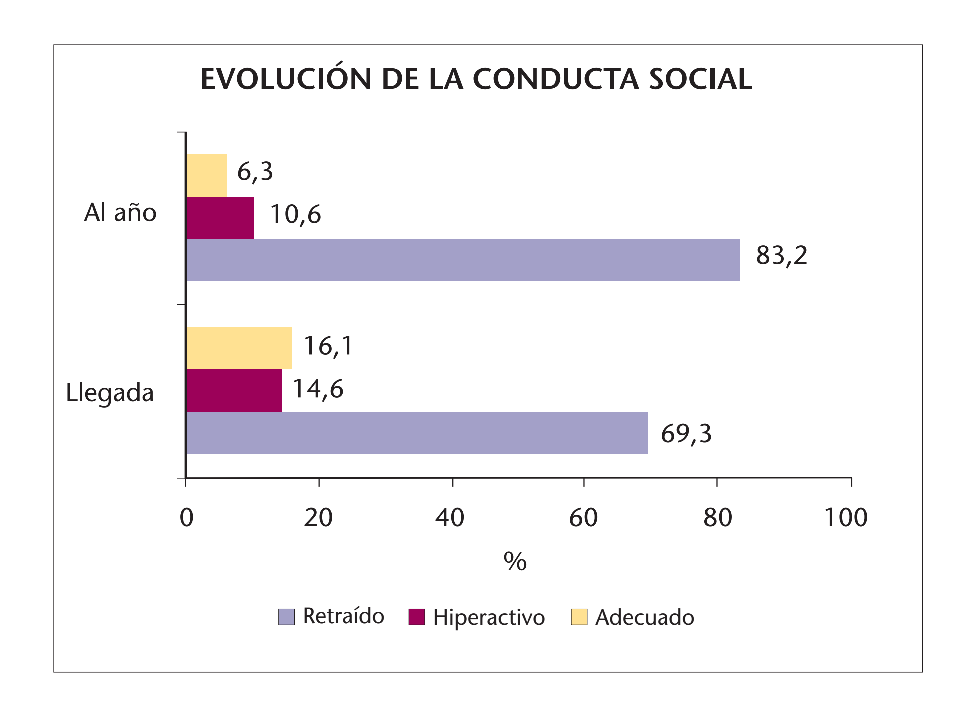
Relación con otros indicadores. La adaptación social, presenta correlaciones más bajas que la adaptación familiar y escolar. La adaptación social tiende a estar relacionada con la adaptación escolar (r= 0.37**). Los niños /as con problemas de integración en el colegio son tendentes a mostrar problemas de integración con las amistades y presentan igualmente cierta desadaptación familiar (r= 0.36**).

Evolución de la conducta social

Esta pregunta identifica los tipos de conducta social de los menores en sus relaciones sociales: adecuada, hiperactiva o retraída. El análisis muestra varias conclusiones interesantes: La primera es que la conducta social solamente es adecuada a la llegada en un 69,3% (285 casos). Y mejora en el proceso adoptivo hasta un 83.2% (306 casos)

Por otra parte, cuando los menores adoptados vienen de sus países de origen y tienen comportamiento sociales inadecuados, lo hacen preferentemente con retraimiento (16.1% con 66 casos), frente a hiperactividad (14.6% con 60 casos).

Los niños y niñas avanzan claramente hacia comportamientos más adecuados y ajustados (83.2%) en su primer año. Pero son los menores retraídos quienes mejoran significativamente (hasta el 6.3%, 23 casos). Las niñas y niños hiperactivos mejoran muy poco (10.6% con 39 casos). La hiperactividad es más resistente a los cambios.



INDICADORES DE ADAPTABILIDAD Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO[2]

A. Indicadores de adaptabilidad y edades del niño /a adoptado

La edad con que se adopta al niño o niña, correlaciona poco, con la adaptabilidad, pero lo hace de manera significativa. En la medida que los menores pasan más tiempo con sus familias adoptivas, los niños y niñas se encuentran mucho más ajustados y su adaptabilidad mejora intensamente. Esto ocurre especialmente en el rendimiento ante las cuestiones escolares.

Una observación detallada, nos indica que la adaptabilidad familiar y escolar es menor, cuando se adopta un niño o niña de más

[2] Las puntuaciones que aparecen en los gráficos de este apartado son más disfuncionales en la medida que son más elevadas.

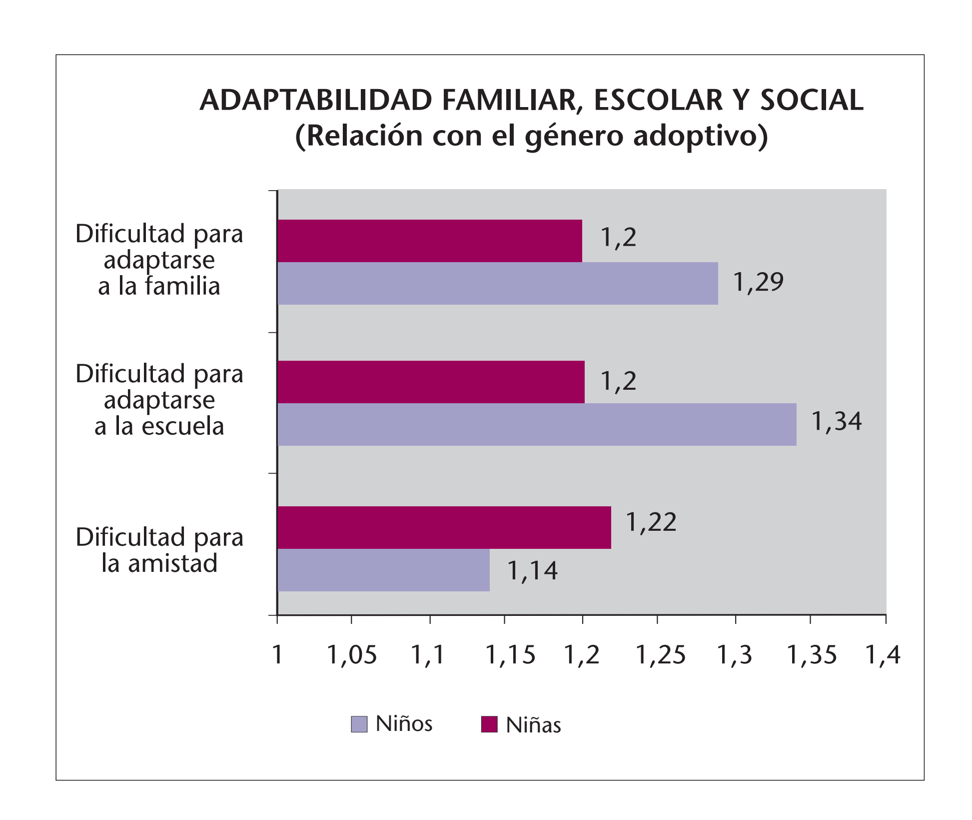
edad. Las personas adoptadas con más edad tienden igualmente a tener más dificultades escolares.

TENDENCIAS EVOLUTIVAS DE LOS INDICADORES DE ADAPTABILIDAD CON RELACIÓN A LAS EDADES DEL NIÑO /A
La edad con que se adopta al niño correlaciona con:
a. Adaptabilidad familiar (r = –.20** a la llegada, r = –.16** en la actualidad). Correlaciones muy bajas
b. Adaptabilidad escolar (r = –.24** a la llegada, r = –.21** en la actualidad). Correlaciones bajas
c. Adaptabilidad social (r = –.11* a la llegada, sin correlación en la actualidad). Correlaciones muy bajas
d. Dificultades escolares (r =.35** a la llegada, r =.27** en la actualidad). Correlaciones bajas.

B. Influencia del género del menor

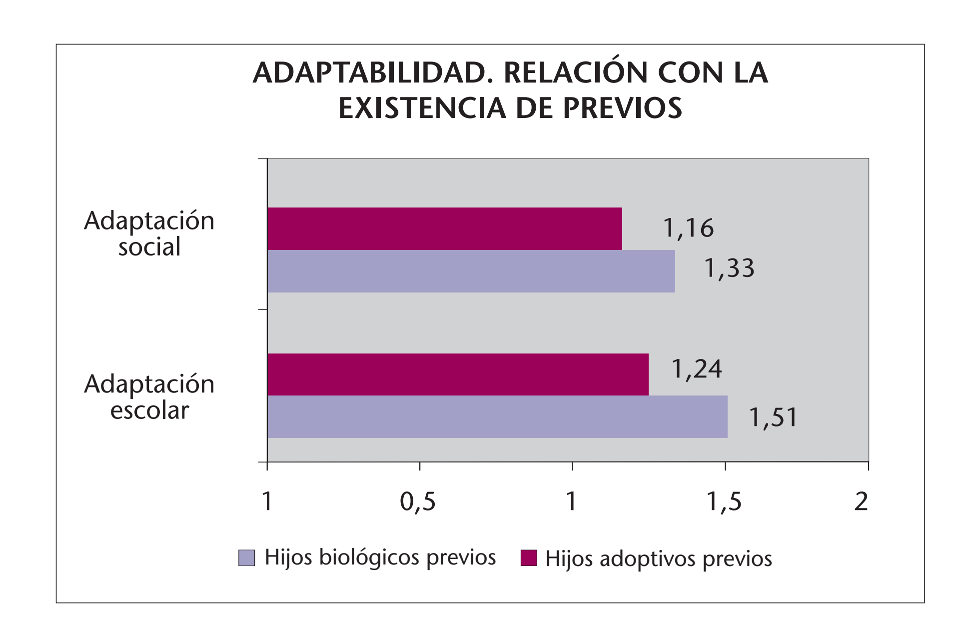
Los resultados en la adaptación escolar difieren claramente dependiendo del género del menor adoptado, favoreciendo a las niñas. Igualmente se ve una tendencia a favor de las niñas en adaptación familiar.

Por el contrario, los niños adoptivos, mejor que las niñas, presentan menos dificultades para hacer amistades y tienen como consecuencia mejores nivel de adaptabilidad social.



C. Influencia de tener hijas /os previos

La existencia de hijas o hijos previos produce diferencias en los niveles de adaptabilidad. Hay diferencia significativa sobre todo en la adaptabilidad escolar y en la adaptabilidad social. Desfavorece a los que tienen hijas e hijos biológicos.

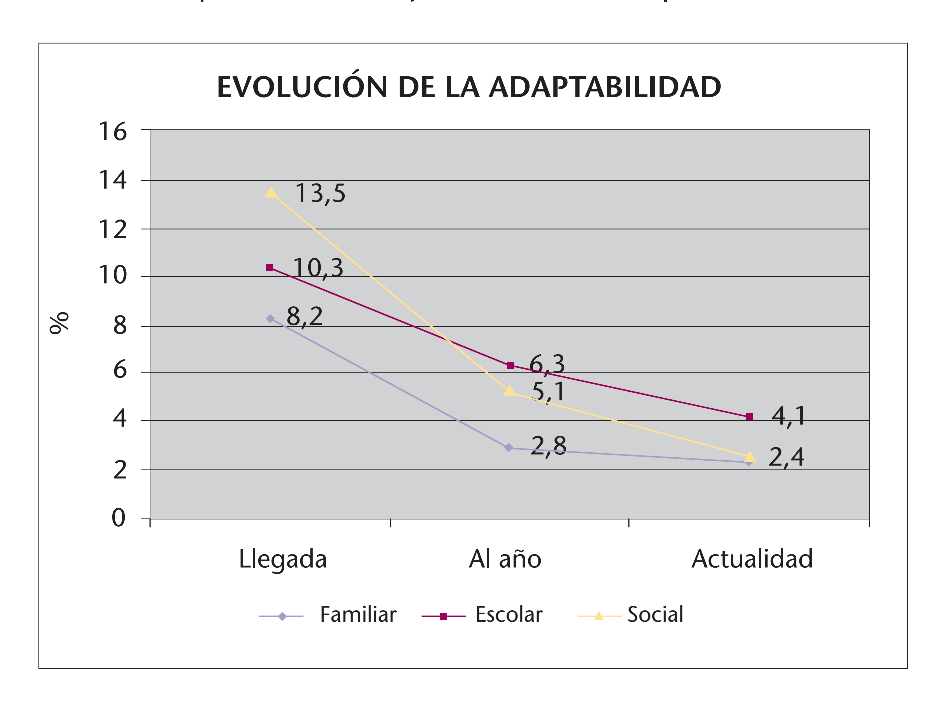


CONCLUSIONES. INDICADORES DE ADAPTABILIDAD

Los indicadores de adaptabilidad, en su lado más disfuncional afectan a muy pocos menores adoptados. Mayoritariamente avanzan hacia mejoras significativas a lo largo del proceso adoptivo. Cuando se observan gráficamente los avances, podemos comprobar que es en el contexto social donde hacen sus mayores progresos (desde un 13.5% de disfuncionalidad a un 2.4%). Las conductas de retraimiento e hiperactividad afectan al comienzo a un 30% aproximadamente. La conducta de retraimiento avanza nítidamente hacia una mejora (desde un 16% a un 6%); mientras que se mantiene más fácilmente en la hiperactividad (desde un 15% a un 11%). La familia sigue siendo el ámbito en el que los menores se encuentran mejor (llegada 8.2% y actualidad 2.2.%) tanto al comienzo como al final, y es el lugar donde se sienten más seguros.

El área escolar, una vez más merece consideración. Se producen avances, pero de menor profundidad, Se producen dificultades para adaptarse al estilo educativo de los centros, a su normativas y

al encuentro con los iguales en el aula (desde el 10.3% al 4.1%). Esto pone ya de manifiesto, que los niños adoptivos presentan en esta área un inicio de dificultad, que debe ser estudiada con más profundidad en los próximos años. Son los niños provenientes de Oriente los que obtienen mejores niveles de adaptabilidad.



El análisis de las correlaciones indica la gran relación entre las tres áreas de adaptabilidad: familiar, escolar y social. Pero, la relación es mucho más estrecha entre la adaptación escolar y familiar (r= 0.64**). Tenemos una significativa relación entre los niños y niñas con malas puntuaciones en adaptabilidad familiar y escolar. Cuando se adaptan mal a los centros educativos y el rendimiento en sus tareas escolares es bajo, entonces se encuentran mucho más disfuncionados en su adaptabilidad familiar. Es decir, la vida familiar del menor adoptivo está *claramente relacionada* con los indicadores escolares.

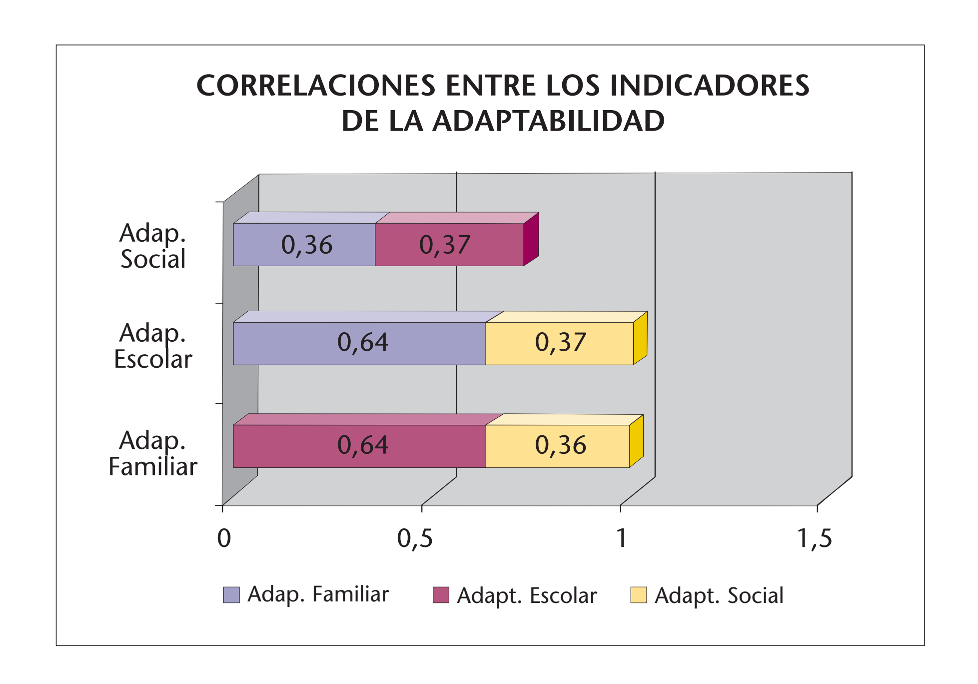
Debajo de todo ello se encuentran otros dos indicadores que son claves para la adaptación de los menores en todos los contextos, pero especialmente en el contexto familiar y escolar. Se trata de

las dificultades para realizar correctamente las tareas escolares (r= 0.40** con la adaptación familiar y r= =.47** con la adaptación escolar) y la conducta externalizante / desafiante medida a través del indicador de "mentir, molestar o agredir" (r= 0.44 con la adaptabilidad familiar y r= 0.43 con la adaptación escolar).

El género del menor adoptado es una variable de referencia, pues los análisis indican diferencias significativas. Las niñas obtienen mejores resultados sobre todo en adaptación escolar y ligeramente en adaptación familiar. Sin embargo les cuesta más crear nuevas amistades.

Igualmente, la existencia de hijas e hijos previos, especialmente cuando estos son biológicos, afecta a los resultados de adaptabilidad. En estos casos las puntuaciones son peores.

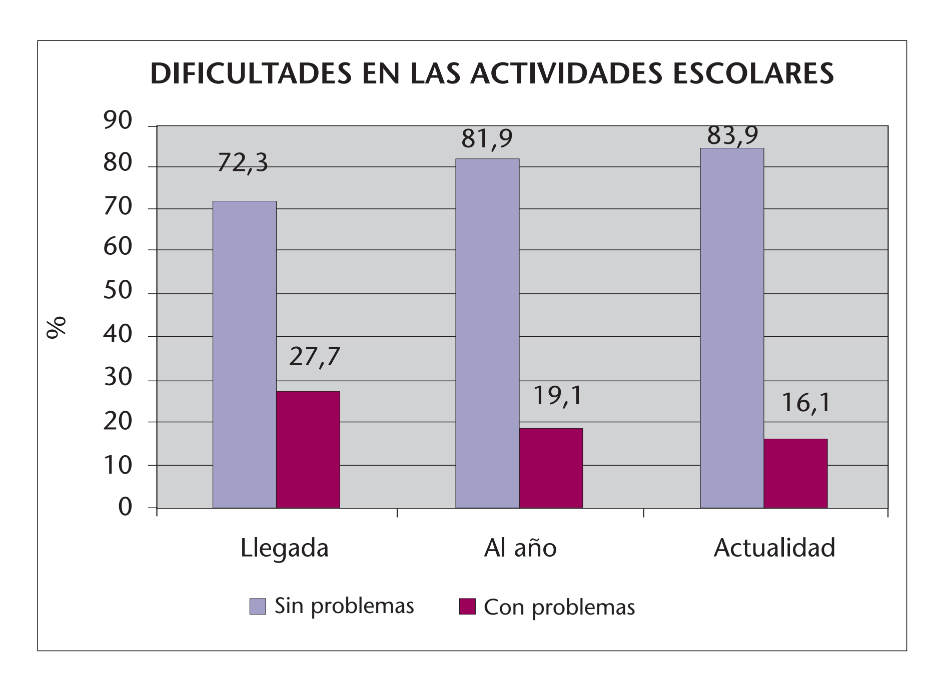
Concluyendo, debemos indicar que las familias adoptivas tienen pocos niños y niñas con desadaptabilidad, pero aquellas que los tienen, sufren mucho por la mala adaptación escolar de sus menores, sus dificultades para realizar las tareas escolares y la tendencia externalizante / desafiante que suelen tener este tipo de personas adoptadas.



RENDIMIENTO EN ACTIVIDADES ESCOLARES

Se ha preguntado a las familias si los niños y niñas presentan dificultades para realizar tareas escolares. Esta pregunta buscaba comprobar la satisfacción de los menores con su rendimiento académico, dentro de colegios y escuelas.

Observamos que un 27.7% (91 casos) tienen dificultades para las actividades escolares cuando llegan de sus países de origen. Avanzan paulatinamente y al año tiene problemas el 19.1% (63 casos). En la actualidad el 16.1%. (56 casos). El indicador está prácticamente afianzado a partir del primer año.



Relación con otros indicadores. El rendimiento adecuado en las actividades escolares, es un indicador clave en la vida de los niños /as y de sus familias. Poder manejar las actividades escolares correlaciona significativamente con casi todos los indicadores. Hay una fuerte relación con "mantener la atención" (r= – 0.74**) y con la adaptabilidad e integración escolar de los niños /as (r= – 0.58). Por tanto, los niños /as con dificultades escolares sufren

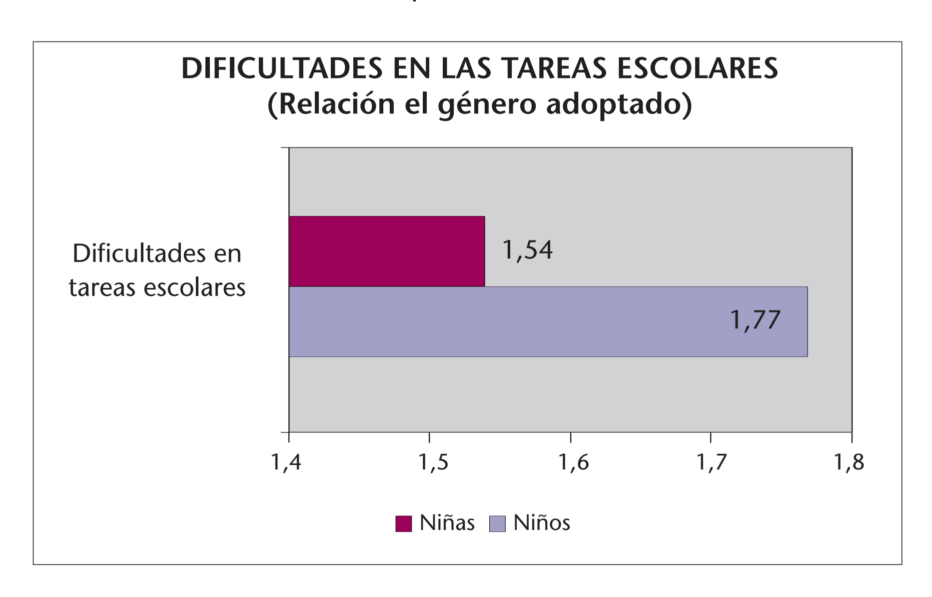
cuando intentan seguir el trabajo académico sin conseguirlo, y se sienten menos integrados con otros niños /as. Igualmente estos menores suelen tener más intranquilidad y nerviosismo (r= 0.42) y se sienten más culpables por todo este sufrimiento (r= 0.47)

Las dificultades escolares hacen que la adaptación familiar del menor adoptado se resienta. Estos niños /as se integran peor en sus familias, sus padres y madres les ven con más dificultades dentro del grupo familiar (r= – 0.42). Las relaciones sociales de los menores con dificultades escolares, tampoco suelen ser excesivamente positivas, afectándoles a su vida psicosocial (r= 0.35).

La edad con la que se adopta al menor, guarda relación con este indicador (r = 0.27**, pequeña relación, pero significativa).

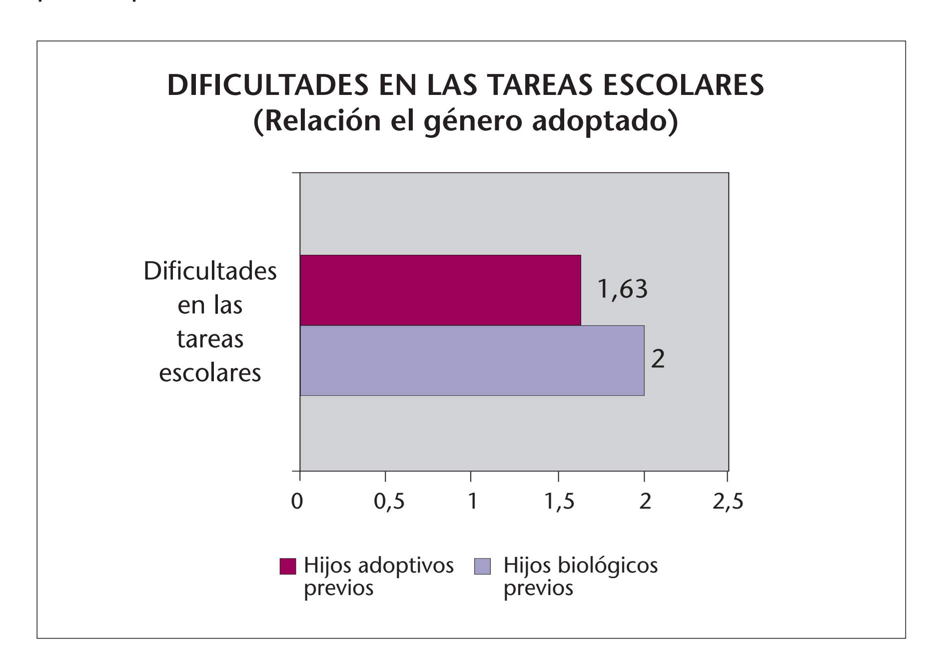
A. Influencia del género del menor y rendimiento en actividades escolares

Las niñas adoptivas, tienden a tener mejor desempeño que los niños en las tareas escolares (p.<0.02)



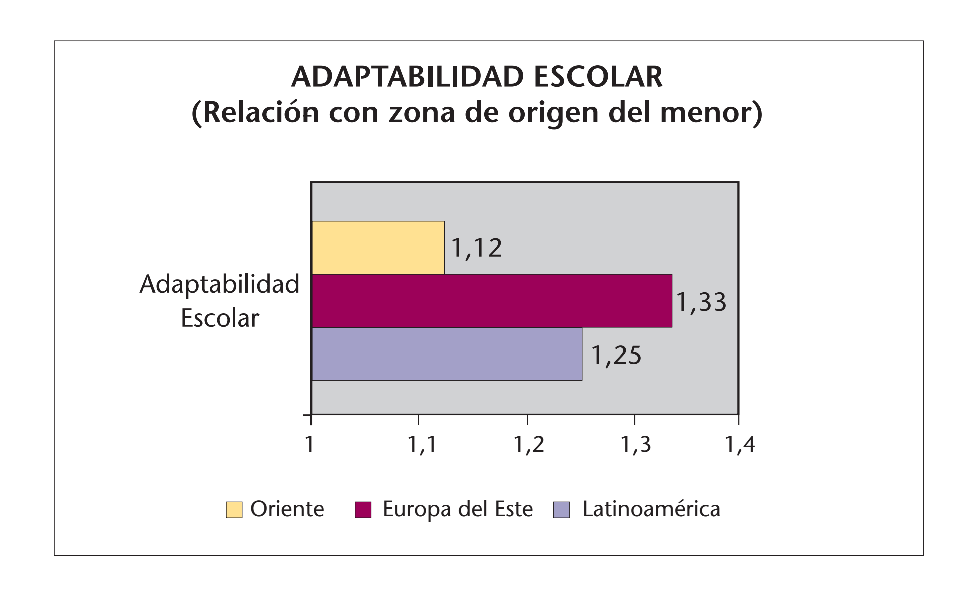
D. Dificultades escolares e Influencia de tener hijos /as previos

Una vez más, las familias con hijas o hijos biológicos previos (a diferencia de quienes han tenido hijas o hijos adoptivos), obtienen peores puntuaciones en este indicador.



E. Dificultades en las tareas escolares y país de origen del menor

Los menores provenientes de Europa del Este y de Latinoamérica presentan significativamente más dificultades escolares que los nacidos en Oriente.



CONCLUSIONES.
RENDIMIENTO EN ACTIVIDADES ESCOLARES

Los menores adoptivos avanzan considerablemente en su rendimiento escolar en la medida que progresan en su integración adoptiva. Comienzan con dificultades escolares el 28%, para mantenerse actualmente en un 16%. Parece que algunas personas adoptadas, presentan mayor dificultad que los niños y niñas no adoptivos para obtener mejores resultados en la escolaridad.

Las personas adoptadas, con dificultades en las tareas escolares, sienten fuerte conflicto con ellos mismos y con los contextos que viven. Vivencian mayor culpabilidad y sensaciones de inutilidad, se adaptan peor a los ambientes escolares y su adaptación familiar se ve comprometida. En la base de sus dificultades escolares se encuentra la dificultad para mantener la atención, que disminuye sus capacidades cognitivas.

Las relaciones existentes con otras variables muestran que los niños se ven más afectados que las niñas, y que aquellos, que viven con hermanos o hermanas biológicas, se encuentran en peores con-

diciones que aquellos que tienen hermanos adoptivos. Igualmente las niñas provenientes de Oriente tienen mejores puntuaciones en las actividades escolares.

La edad de acogimiento se relaciona significativamente con este indicador, aunque su influencia es relativamente pequeña.

ANEXO A

Análisis factorial de los indicadores de adaptabilidad y las dificultades para las tareas escolares.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Dificultades escolares actual	1,000	,574
Dificultades para amistad en la actualidad	1,000	,425
Adaptación familiar actualidad	1,000	,639
Adaptación escolar actual	1,000	,773

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,411	60,275	60,275	2,411	60,275	60,275
2	,699	17,471	77,746			
3	,604	15,112	92,858			
4	,286	7,142	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes (a)

	Componente
	1
Dificultades escolares actual	,758
Dificultades para amistad en la actualidad	,652
Adaptación familiar actualidad	,799
Adaptación escolar actual	,879

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 1 componentes extraídos

Comentarios:

1. Todos los componentes aportan fuertemente al análisis. Hay un factor que se puede llamar adaptabilidad, que incluye además las dificultades en la realización de actividades y tareas escolares.

ANEXO B

Fiabilidad de los indicadores de adaptabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	338	77,3
	Excluidos(a)	99	22,7
	Total	434	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

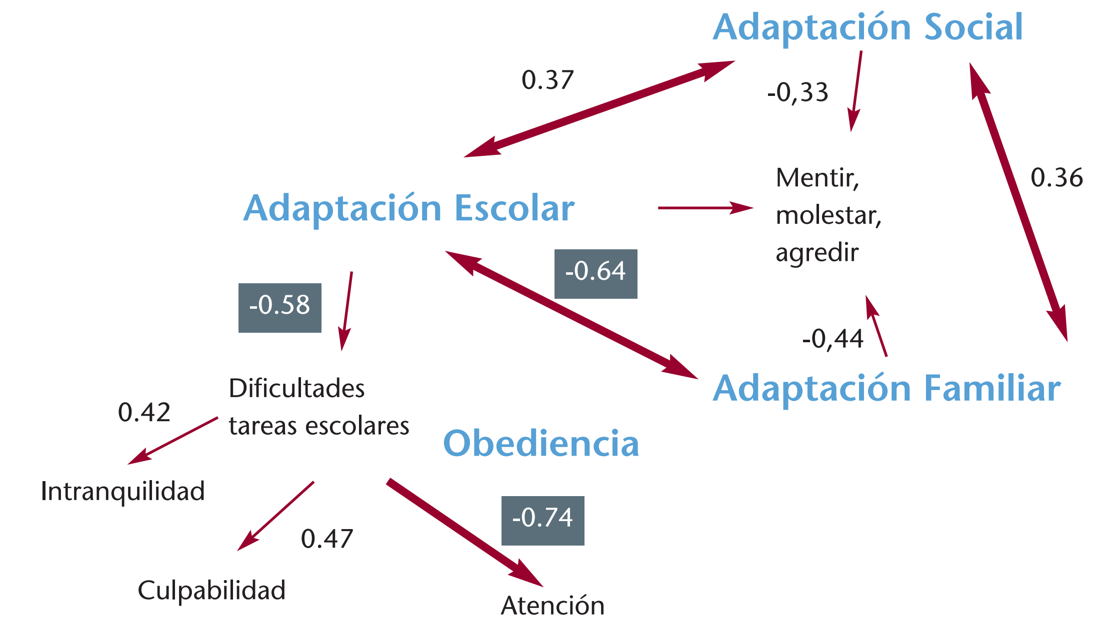
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,746	4

Comentarios

1. La fiabilidad es adecuada. Los indicadores podemos decir que están consolidados.

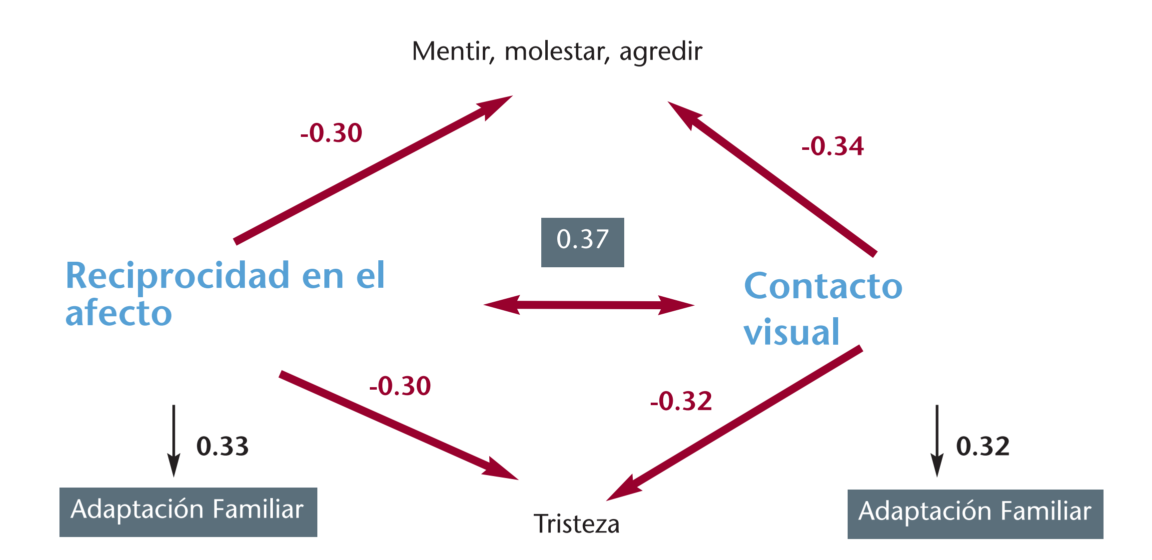
RELACIONES ENTRE INDICADORES DE ADAPTABILIDAD
(Tomando como referencia r mayor que 0.30)



Podemos observar, una gran relación entre las tres áreas de adaptabilidad: familia, escuela y amistades. Las personas que tienen una buena relación familiar, tienden a estar bien adaptadas en los colegios y en las aulas. Por otra parte, esta buena adaptación facilita la integración social y la búsqueda de amistades en los niños y niñas.

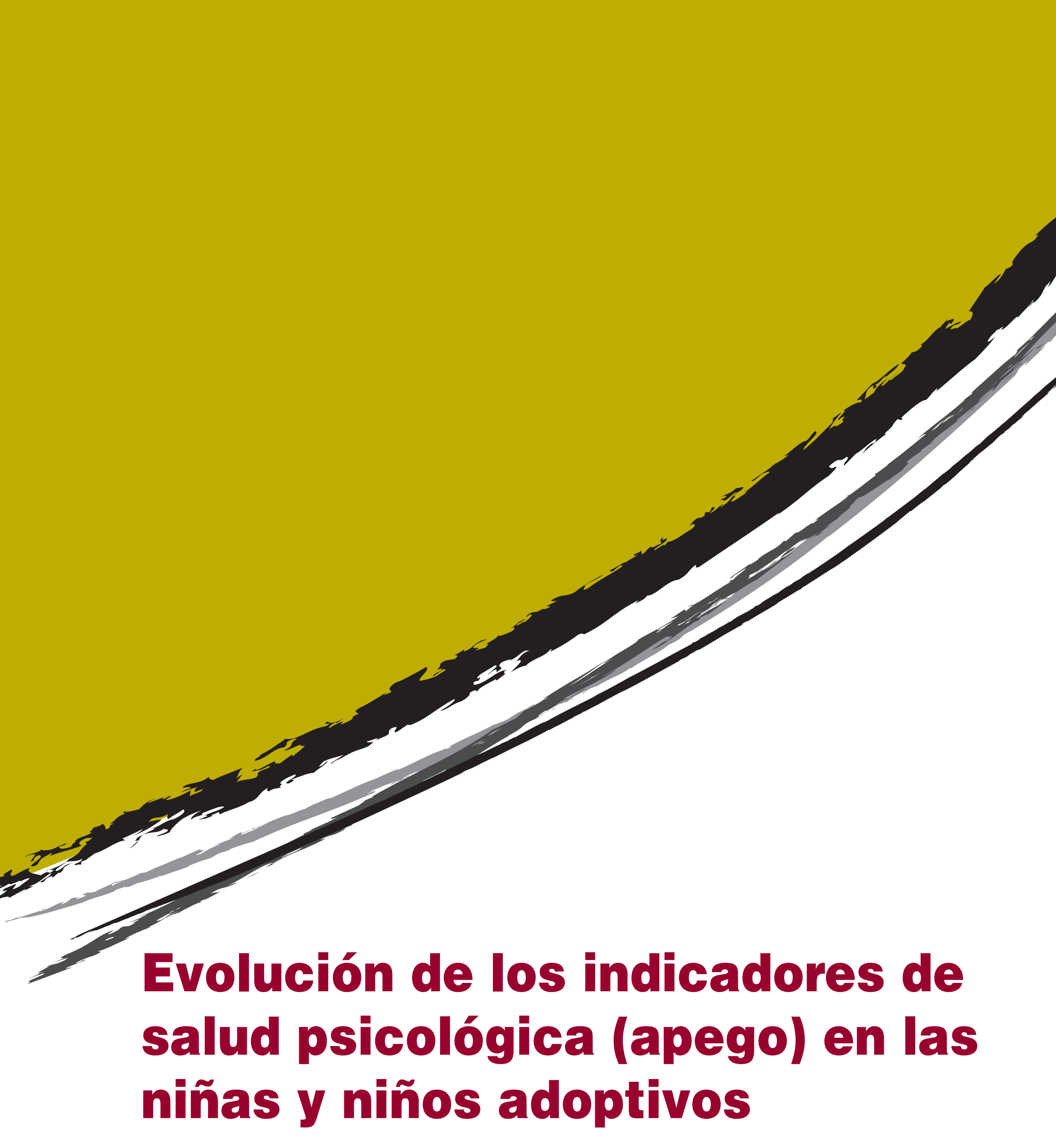
Una vez más, se detecta que los menores que.desarrollan bien las tareas escolares, muestran mejores niveles de adaptabilidad, tranquilidad y mejores niveles de atención.

RELACIONES ENTRE INDICADORES DEL APEGO / VÍNCULO
Tomando como referencia r mayor que 0.30



Hay relación entre ambos indicadores: reciprocidad en el afecto y contacto visual. Ambos se relacionan con la adaptabilidad familiar: Por tanto, los menores que están bien adaptados en este ámbito manifiestan afecto y cariño a sus familiares.

Aunque los niños con disfunciones del apego son muy pocos, se detectan dos grupos de menores con dificultades. Unos se acercan al apego ansioso más distante, frío y con rasgos de tristeza. El otro grupo se acerca al apego desorganizado, con conductas más externalizantes y desafiantes,como mentir,molestar, agredir.



Evolución de los indicadores de salud psicológica (apego) en las niñas y niños adoptivos

Las personas somos seres sociales y como consecuencia de ello, venimos preparados para responder a las interacciones sociales. El ser humano suele comunicarse con palabras, pero el lenguaje gestual es tan importante como el lenguaje hablado, y en muchas ocasiones es el principal lenguaje. Esto ocurre claramente en bebés y en los niños o niñas en sus primero años de vida.

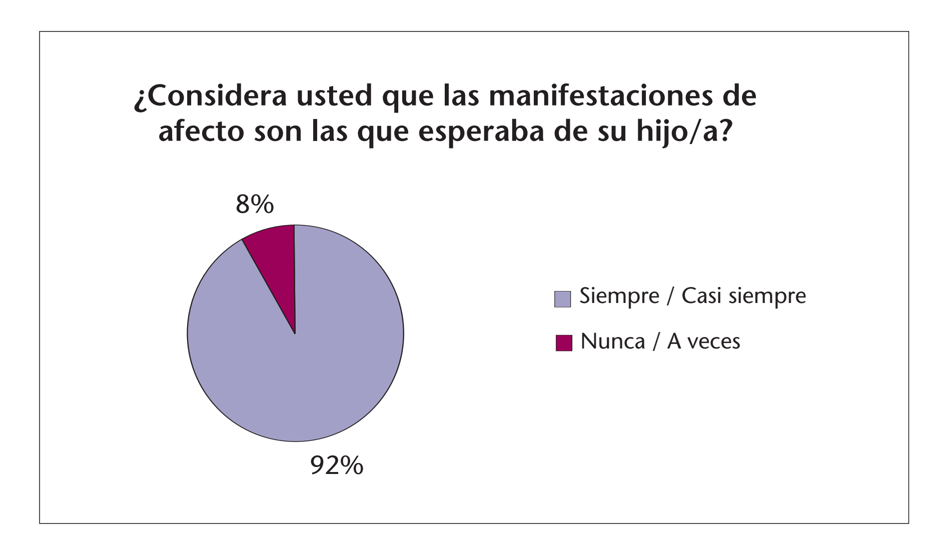
El lenguaje gestual se centra en nuestro cuerpo. Dentro de él, rostro, brazos y manos, son esencialmente comunicativos. Los ojos con su contacto visual y las expresiones faciales responden a las principales emociones: alegría, tristeza, miedo o agresividad. Estas emociones se viven con otras personas.

El apego y el vínculo se basan en la comunicación. Los apegos, seguros / inseguros / desorganizados, se construyen en la relación con las figuras de referencia a lo largo de la infancia. Muchos menores adoptados han pasado por periodos difíciles a lo largo del embarazo y en los primeros años de vida, donde el apego se ha podido lastimar. El apego *evoluciona* a lo largo de la vida, pudiendo resentirse y / o fortalecerse. Cada encuentro con los otros es una colisión entre apegos: del niño o niña y de quien le cuida.

En este capítulo vamos a estudiar la evolución de indicadores que se relacionan con el apego seguro: mantener la mirada en la comunicación con otras personas, responder apropiadamente con gestos del rostro y del cuerpo, y manifestar afecto cuando los demás muestran reciprocidad y cariño.

¿Son las manifestaciones de afecto del hijo /a las esperadas por la familia?

Nos encontramos ante una pregunta complementaria, que aporta información. Este ítem recoge las expectativas de las familias con relación al afecto y cariño esperado de sus hijos e hijas. Vemos que un 8% de los padres y madres adoptivos lo viven con insatisfacción, mientras que un 92% están contentas y satisfechas.



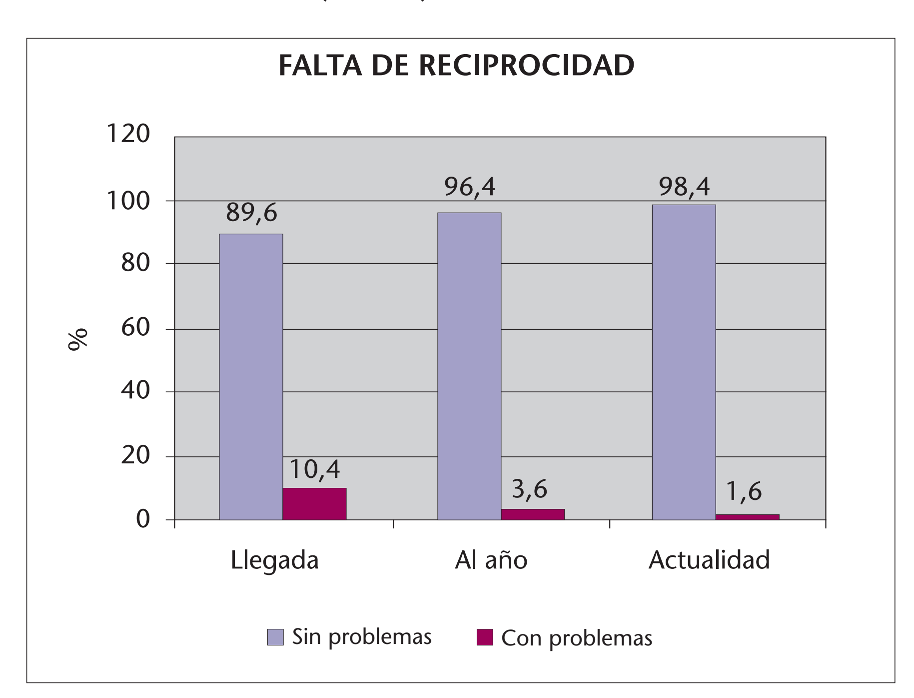
Relación con otros indicadores. Este ítem guarda relación con el indicador de reciprocidad al afecto (muestras de afecto que le ofrecen la familia adoptiva). Así, aquellos padres / madres más disconformes con las manifestaciones de afecto son aquellos que viven a su hijo /a con una afectividad menos recíproca y respondiente (r = 0.24**).

Los niños /as más externalizantes / desafiantes (mienten, molestan o agreden) tienden a mostrar menos reciprocidad y afecto a sus familias (r = 0.29**).

Reciprocidad al afecto

Este indicador mide la funcionalidad / disfuncionalidad del menor para responder con afecto recíproco al que le proporcionan sus familias. El resultado pone de manifiesto, que las familias adop-

tivas consideran que sus hijos e hijas han evolucionado muy positivamente durante su proceso adoptivo. Al llegar al hogar adoptivo un 10.4% (43 casos) presenta problemas, al año 3.6% (15 casos) y en la actualidad 1.6% (6 casos).



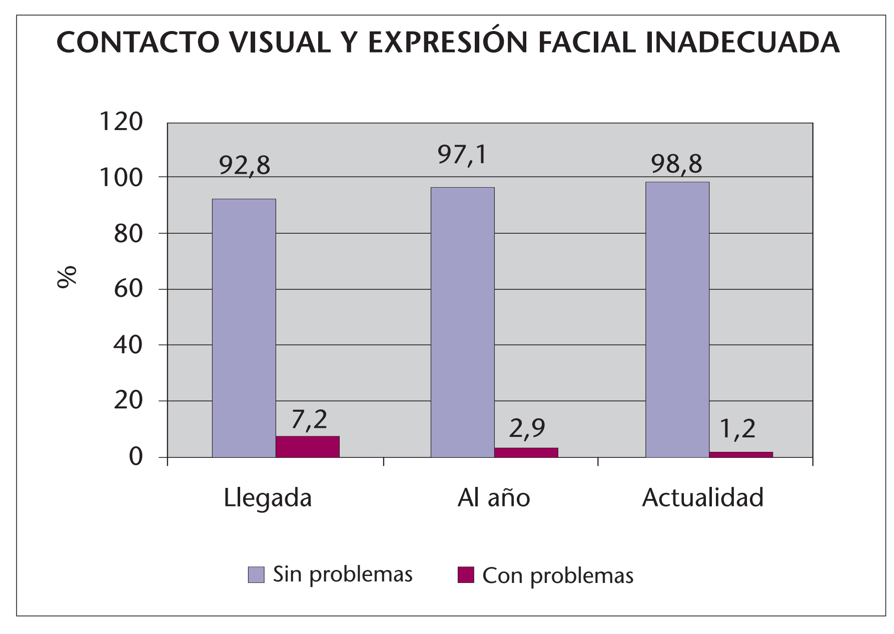
Relación con otros indicadores. No responder con reciprocidad al afecto correlaciona con el indicador de evitación de la mirada y falta de expresión facial a las emociones.(r = 0.37). Igualmente, se relaciona con la tendencia a la tristeza (r = 0.32). Pero también hay niños /as con conducta externalizante desafiante que no responden al afecto adecuadamente (r = 0.30). La reciprocidad en el afecto induce una mejor adaptación familiar (r = 0.33).

Contacto visual y expresión facial

Las dificultades en este indicador son de mayor gravedad. El contacto visual y las expresiones faciales producen menos implicación que otros gestos de mayor carga afectiva, como las caricias y abrazos (reciprocidad). De ahí, que la disfuncionalidad en este apartado deba

ser tenida en cuenta. Esta sería la principal razón, por la que se encuentran muy pocos menores disfuncionalmente afectados.

Algunas niñas y niños adoptivos, cuando vienen del país de origen, tienen dificultad para mantener la mirada en las conversaciones y /o la expresión facial es inadecuada a las emociones que están viviendo. Esto ocurre al 7.2% de los menores (30 casos). Al año, la mejoría es muy clara y sólo se encuentran en esta situación el 2.9% (12 casos). En la actualidad están afectados el 1.2% (5 casos).



Relación con otros indicadores. Las relaciones de esta variable con otros indicadores, sigue la misma pauta que la anterior. Hay relación con la falta de reciprocidad en el afecto (r = 0.37**), con la tristeza sin motivo aparente (r = 0.32**) y con la conducta externalizante de tipo desafiante (r = 0.34**). Y todo afecta a la adaptabilidad familiar (r = 0.32**).

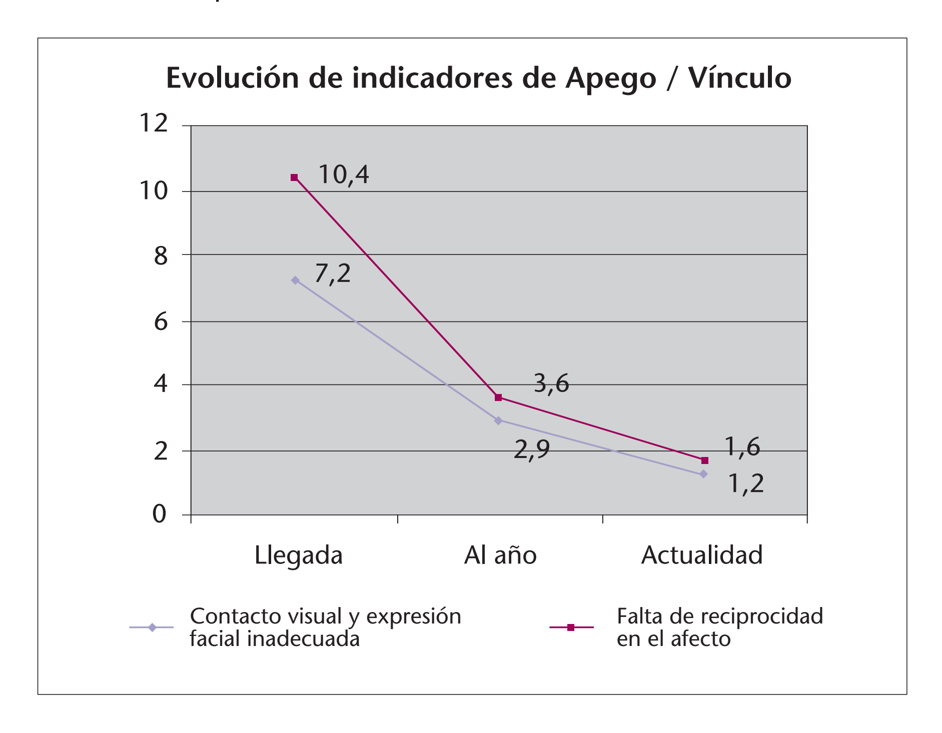
CONCLUSIONES. INDICADORES DEL APEGO

Las familias adoptivas, de manera general, están contentas con las manifestaciones de afecto que les muestran sus menores. Es

un 8% de las familias, quienes desearían una mayor expresión del afecto y cariño.

Un grupo cercano al 10% de las personas adoptadas, cuando llegaron de sus países de origen, tenían dificultad para expresar afecto, y no respondían con reciprocidad. Pero en la actualidad, esta reacción, solo aparece en un 1,6%.

Igualmente, a la llegada un 7% de los niños y niñas manifestaban rechazo al mirar a sus familiares, pero la evolución positiva les ha permitido avanzar muchísimo, y solo un 1.2% (una minoría de 5 niños y niñas), presenta esta dificultad. El gráfico siguiente muestra los datos que acabamos de referir.



Todo ello nos muestra que los padres y madres adoptivos han tenido unas conductas significativamente positivas en la relación con sus hijas e hijos adoptados. La mejora es clara y evidente.



Preocupaciones parentales y satisfacción de las familias adoptantes

En este capítulo analizaremos diferentes vivencias de las personas adoptantes. Por una lado, preocupaciones (miedos) relacionados con el menor adoptado y por otra parte, el nivel de satisfacción hacia sus hijos e hijas.

Los miedos son vivencias subjetivas que influyen en nuestro comportamiento. En toda familia, la experiencia de tener hijos e hijas se asocia a ilusiones y temores. Y las familias adoptivas se ven igualmente afectadas. Sin embargo, adoptar un menor tiene sus particularidades y las familias adoptivas pueden tener preocupaciones relacionadas con ello.

Los miedos / preocupaciones que vamos a estudiar se agrupan en:

- Miedos / preocupaciones sobre la salud física y psicológica del niño o niña
- Miedos / preocupaciones relacionados con la aceptación del menor adoptivo por otras personas (familiares y amistades)
- Miedos / preocupaciones que implican la condición adoptiva (hablar sobre la vivencia de ser adoptado, las familias biológicas...)

El capítulo también quiere estudiar la satisfacción de los adoptantes con sus menores adoptados. Los padres y madres deben de asimilar en un corto espacio de tiempo, a un niño o niña que se integra con meses o años de vida previos. Esta condición implica procesos cognitivos diferenciados del resto de las familias convencionales. Quienes adoptan y sus menores se van integrando paulatinamente, hasta conseguir altos niveles de satisfacción mutua. Todo un proceso de crecimiento para el grupo familiar.

El cuestionario, que se envió a las familias, integraba preguntas relacionadas con la satisfacción en áreas como:

- Satisfacción parental con las características de salud del menor (apariencia física y personalidad)
- Satisfacción con los procesos de adaptación del niño o niña

También se ha querido estudiar la satisfacción con los trámites administrativos en dos momentos diferenciados:

- Satisfacción con los procesos y trámites en el país de origen de la persona adoptada
- Satisfacción con los procesos y trámites en el país de acogida.

Esperamos que en las próximas páginas veamos cómo se afianzan y se han vivido estos procesos.

PREOCUPACIONES/ MIEDOS PARENTALES

Vamos a analizar las preocupaciones relacionadas con la salud de los menores, cómo son aceptados por la red social y cómo afectan procesos específicos de la condición adoptiva.

Preocupaciones relacionadas con la salud de los niños y niñas

Este apartado consta de:

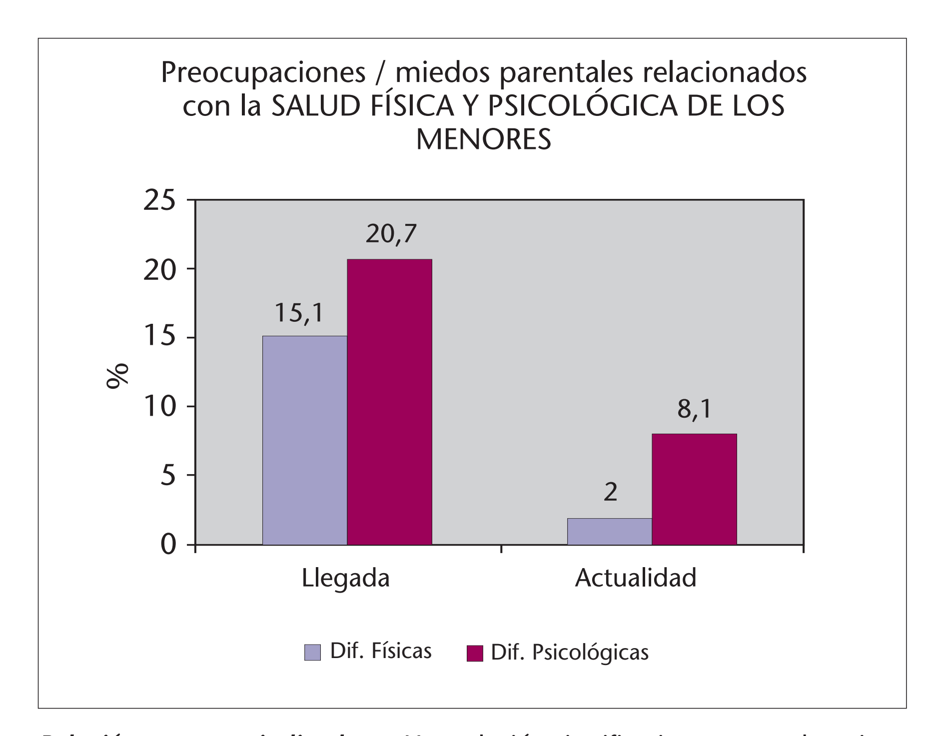
a) miedos a que el menor manifieste problemas o dificultades físicas y

b) a que la persona adoptada manifieste problemas o dificultades psicológicas.

Los resultados muestran que algunas familias tienen muy presente ambas cuestiones cuando se enfrentan al proceso adoptivo, especialmente en las primera etapas de acogimiento del menor. Las preocupaciones afectan a un porcentaje importante de familias:

15.1% (62 familias) en temas de salud / dificultades físicas y 20.7% (85 familias) para los temas de tipo psicológico. Podemos observar cómo los aspectos psicológicos son más preocupantes para las familias, que los temas de salud física, aunque ambos son importantes.

En la medida que han avanzado los procesos de adaptación familiar, se reducen fuertemente los temores relacionados con la salud física (hasta un 2%, con 8 familias), pero un pequeño grupo, sigue manteniendo las preocupaciones por la aparición de disfunciones psicológicas en sus hijos o hijas. (8.1%, con 33 familias).



Relación con otros indicadores. Hay relación significativa entre ambos tipos de preocupaciones / miedos (r = 0.37**). Es decir, las familias con preocupaciones por sus hijos /as en el ámbito psicológico tienden a tener preocupaciones por los aspectos físicos.

El indicador de "preocupaciones / miedos psicológicos" correlaciona significativamente con bastantes variables del estudio y debe ser tenido en cuenta. Muy especialmente con las dificultades escolares (r = 0.49**) y todo el área de influencia de este indicador, como por ejemplo la dificultad para

mantener la atención (r = 0.40**) y la adaptabilidad escolar (r = 0.45**).

Con relación a la adaptabilidad, aquellas familias, que tienen mayores miedos a que sus hijos /as muestren problemas psicológicos, tienen menores con peor adaptabilidad familiar (r = – 0.46**). Igualmente la adaptabilidad social también correlaciona con los miedos (psicológicos) que tienen las familias (r = – 0.42**), y con otros comportamientos internalizantes de los niños /as, como por ejemplo "sentirse tristes sin motivo aparente" (r = 0.45**)

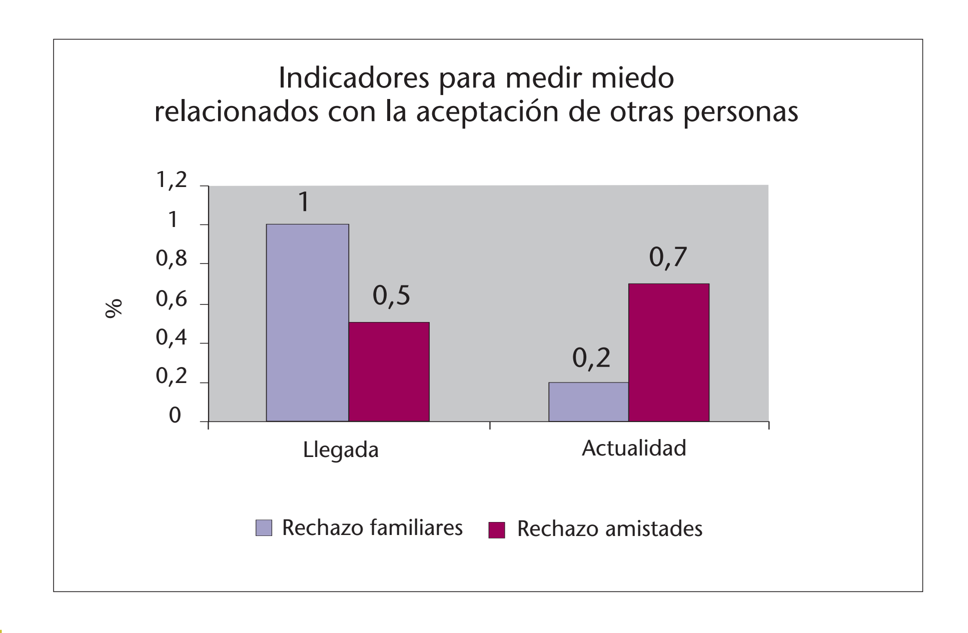
Preocupaciones relacionadas con la aceptación social de los menores adoptados

Se integran en este apartado:

a) miedo a que el menor sea rechazado o no aceptado por los propios familiares (abuelos, tíos...)

b) miedo a que la niña o niño sea rechazado o no sea aceptado por las amistades de los padres / madres adoptivos

Los resultados muestran que las familias adoptivas no están preocupadas por estos temas, ni en los primeros momentos de adaptación ni en la actualidad.



Relación con otros indicadores. Hay relación significativa entre ambos tipos de preocupaciones / miedos (r = 0.43**). Es decir, los padres y madres que tienen miedo a que sus hijos /as no sean aceptados por sus familias extensas muestran preocupación a que no sean aceptados por sus amistades.

Preocupaciones relacionadas con la condición adoptiva

Se integran en este apartado:

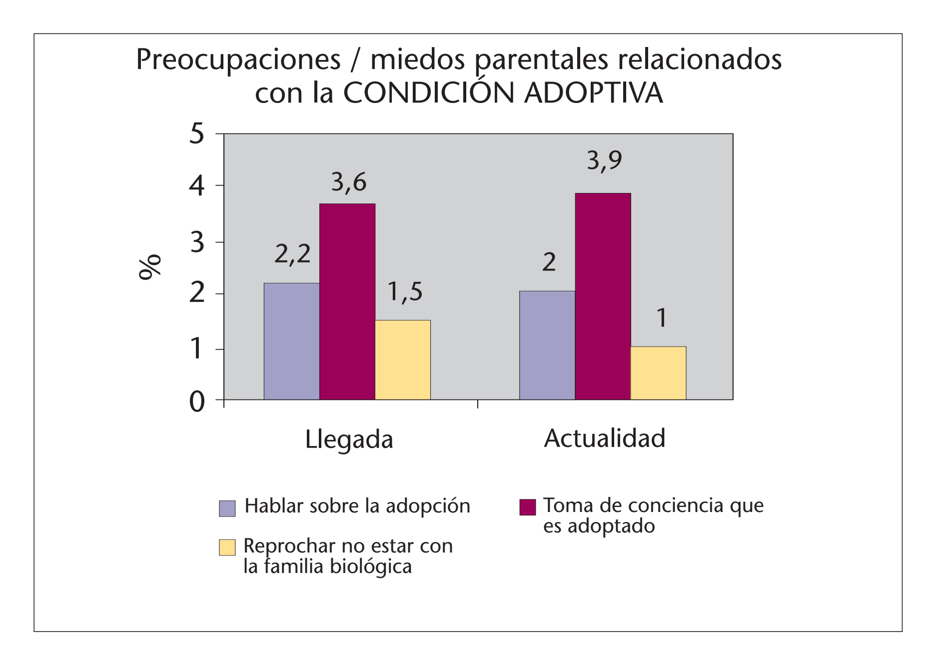
a) miedo a hablar con el menor sobre cuestiones comprometedoras (por ejemplo sobre la adopción)

b) miedo a la reacción de mi hijo /a cuando tome conciencia de que es adoptado

c) miedo a que pueda reprocharme no estar junto a su familia biológica.

Lo primero que observamos es que las familias adoptivas parecen sentirse seguras para hablar de la condición adoptiva con sus menores, de las implicaciones de las familias de origen y de las repercusiones que todo el proceso tiene sobre ellos mismos. Vemos que hablar sobre la adopción supone problema sólo al 2% de las familias. Igualmente no les supone dificultades pensar que puedan reprocharles que no están con sus familias biológicas (se presenta con dificultades solo al 1%).

Debemos analizar con más detalle el apartado (b) en el que se implica la toma de conciencia por parte del niño o niña de su adopción y las implicaciones indirectas que tiene esto para los adoptantes. Posiblemente los adoptantes se están refiriendo a sus hijos o hijas, como *niño /a* más crecido, con capacidad para realizar preguntas más profundas sobre las causas de la adopción, su búsqueda de orígenes... Esta preocupación afecta alrededor del 4% de las familias, que además se mantiene estable desde el comienzo con ligero ascenso.



Relación con otros indicadores. Como era de esperar, hay relación significativa entre la capacidad que tienen las familias para hablar con sus hijos /as sobre la condición adoptiva y el miedo a que "tome conciencia profunda de su adopción" (r = 0.51**).

PREOCUPACIONES / MIEDOS PARENTALES Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO[1]

A. Preocupaciones / miedos parentales y edades del niño /a adoptado

La edad con que se adopta al menor, no correlaciona prácticamente con ninguno de los indicadores de preocupación / miedo parental. Excepcionalmente, cuando se adopta un niño o niña de más edad, los padres y madres adoptantes, suelen estar más preocupados por la evolución psicológica de los menores. Además, en la me-

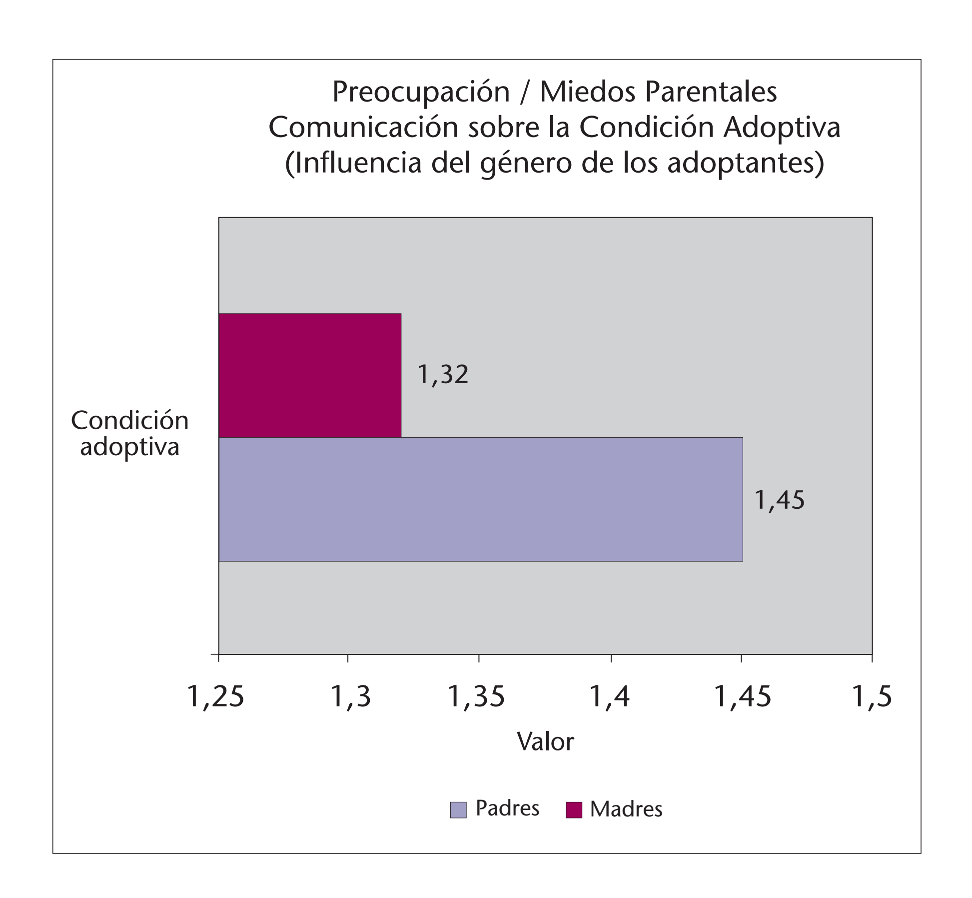
[1] Las puntuaciones que aparecen en los gráficos de este apartado son más disfuncionales en la medida que son más elevadas.

dida que pasan más tiempo, las familias tienen más facilidad para hablar de las condiciones adoptivas de los niños y niñas.

TENDENCIAS EVOLUTIVAS DE LOS INDICADORES PREOCUPACIONES / MIEDOS PARENTALES CON RELACIÓN A LAS EDADES DEL NIÑO /A
La edad con que se adopta al niño correlaciona con: a. Preocupaciones / miedos a que presente dificultades psicológicas (r =.14** en la actualidad). Correlación muy baja
Los años que ha pasado el niño /a integrado en su familia adoptiva correlaciona con: a. Preocupaciones / miedos a que presente dificultades psicológicas (r =.19** en la actualidad). Correlación Baja b. Preocupación / miedo a que sea rechazado por los familiares (r =.13** a la llegada, r =.20** en la actualidad). Correlación baja c. Preocupación / miedo a que sea consciente de que es adoptado (r = –.12* actualidad). Correlación muy baja y negativa

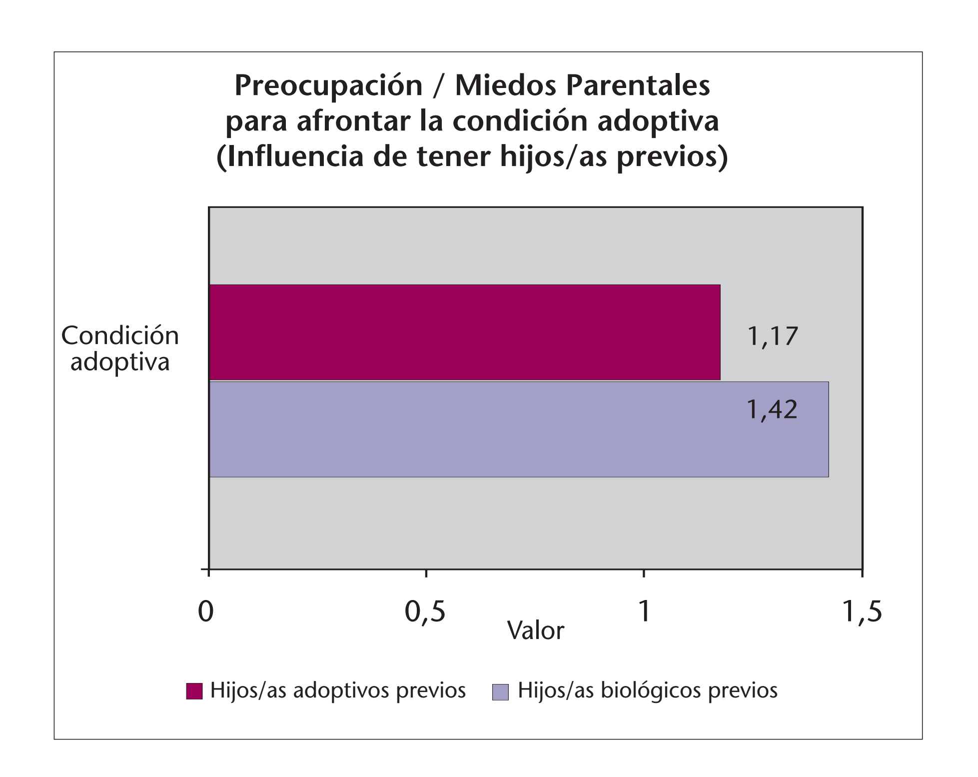
B. Miedos sobre la condición adoptiva y género del adoptante

Son los padres (más que las madres) quienes manifiestan mayores dificultades para poder hablar y comunicar con sus hijos e hijas con relación a la condición adoptiva.



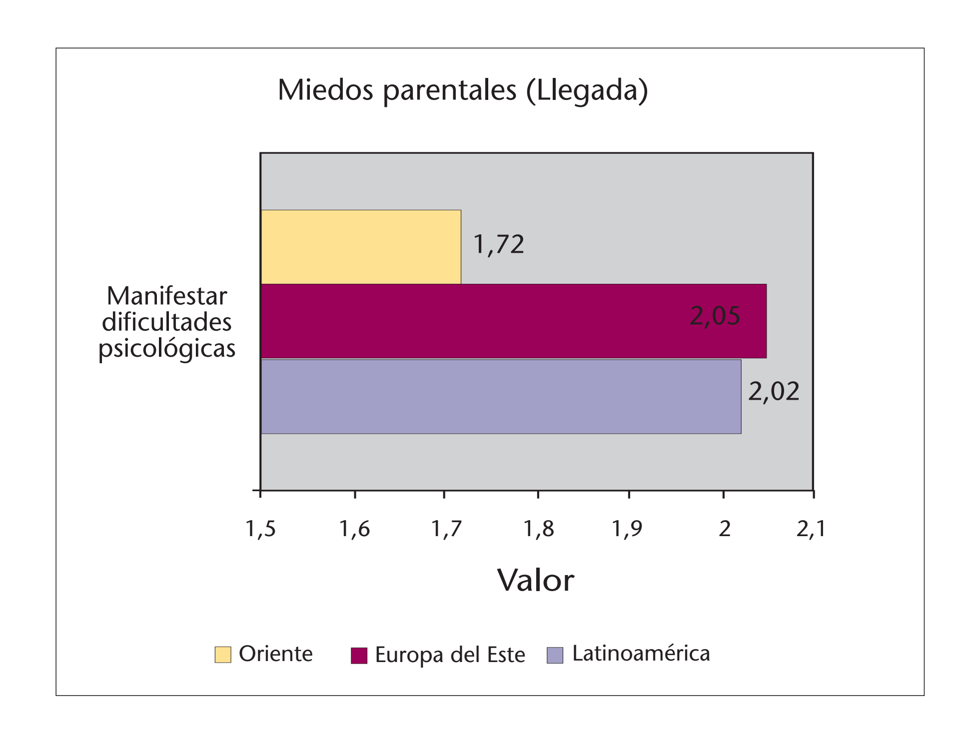
C. Miedos sobre la condición adoptiva e influencia de tener hijos previos

Las familias adoptivas, con hijas e hijos biológicos previos a la adopción, muestran significativamente más miedos a afrontar las circunstancias de la condición adoptiva.



D. Miedos parentales, dificultades psicológicas y zona de origen del niño /a adoptado (Llegada del niño)

Al comienzo del proceso adoptivo (llegada), las familias que han adoptado en Europa del Este, junto a las de Latinoamérica, tienen más preocupación / miedo, a que sus menores manifiesten problemas y dificultades psicológicas. Las personas adoptadas en Oriente (fundamentalmente China) tienen menor preocupación.



CONCLUSIONES.
INDICADORES DE PREOCUPACIONES / MIEDOS PARENTALES

Aproximadamente el 20% de las familias adoptivas tienen preocupaciones y miedos relacionados con la salud de sus hijos e hijas (nivel físico y psicológico) al inicio del proceso adoptivo. Estos miedos tienden a descender, de hecho, los miedos sobre las disfunciones físicas de los niños y niñas, prácticamente desaparecen en la actualidad. Sin embargo, las preocupaciones sobre la disfuncionalidad psicológica se mantienen en el 8% de las familias. Son las familias que traen una criatura de Oriente (China), las que tienen menos miedos a que su hija (excepcionalmente hijo) presente dificultades psicológicas.

El indicador parental de "tener preocupaciones / miedos relacionados con los aspectos *psicológicos y comportamentales"* debe ser tenido en cuenta. Las familias, que insisten en estas preocupaciones,

tienden a tener menores adoptivos con más dificultades escolares, menor adaptabilidad social, y como consecuencia menor adaptación familiar.

Las familias, casi nunca, han sentido miedo a que sus menores sean rechazados por sus amistades o por las familias extensas. Pero cuando presentan miedos a que sus hijos e hijas sean rechazados por los familiares, presentarán miedo a que sean rechazados por las amistades.

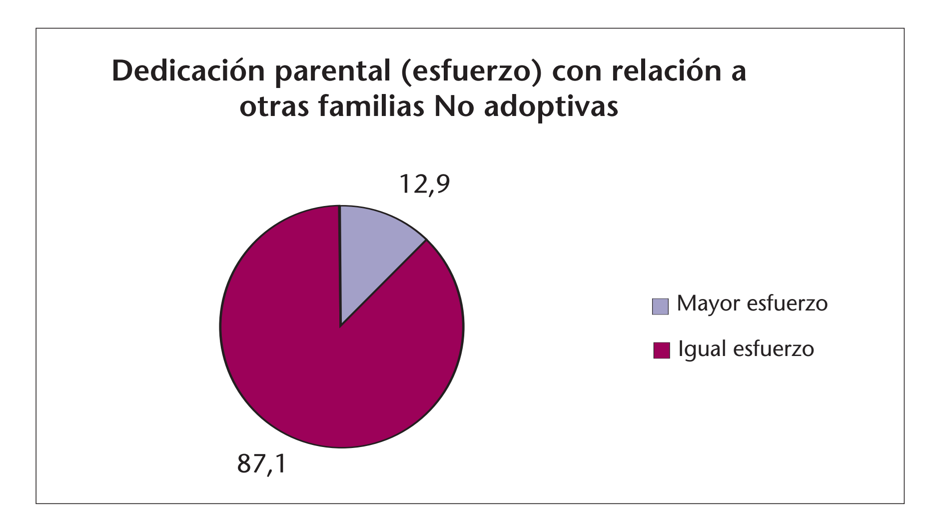
Las padres y madres adoptantes tienen pocas dificultades para afrontar la condición adoptiva, al menos en su fantasía. Tienen poco miedo a que sus hijos e hijas les reprochen no estar con su familia biológica y hablar sobre la adopción. Sin embargo, hay un 4% de adoptantes, preocupados por la manera en que sus menores afrontarán la toma de conciencia de haber sido adoptados. Y la implicación de estos procesos en las vivencias y emociones de los adoptantes. Están más preocupados los padres que las madres. Y las familias que previamente han tenido hijas e hijos biológicos, sobre aquellas que tenían menores adoptivos.

SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL PROCESO ADOPTIVO

En los siguientes apartados vamos a estudiar cómo se sienten de satisfechas las familias con las características físicas y psicológicas de los niños y niñas. Creemos que esta percepción es importante para los menores y su adaptación. Posteriormente analizaremos la satisfacción parental con la evolución del menor y su proceso adaptativo. Y por último se evalúa la satisfacción con los trámites administrativos.

Esfuerzo parental por tener un hijo /a adoptivo

Entre las familias adoptivas, hay un 12.9% que sienten que dedican mayor atención a su hijo e hija adoptiva que el resto de las familias no adoptivas..



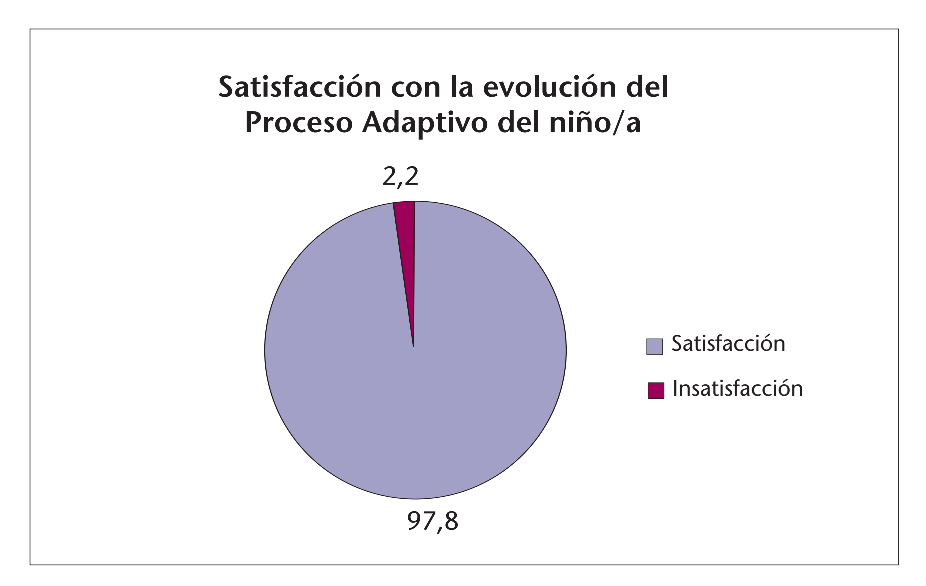
Relación con otros indicadores. La dedicación parental correlaciona fundamentalmente con niños /as que presentan mala adaptabilidad escolar (r = – 0.44**). y que tienen más dificultades escolares (r = 0.35**). Los padres y madres que tienen menores con dificultades en el mundo escolar invierten más tiempo de apoyo y de esfuerzo con sus hijos /as.

La edad de acogimiento del menor es otro factor importante para la dedicación de esfuerzo parental (r = 0.35**). Los padres son conscientes que deben intensificar el esfuerzo y la atención hacia su hijo /a cuando la edad de adopción ha sido mayor.

La atención parental es mayor cuando las familias sienten en sus hijos /as dificultades internalizantes. Por ejemplo, cuando les viven con mayor sensación de culpabilidad (r = 0.35**) y con miedos de difícil consuelo (r = 0.33**).

Satisfacción con el proceso de adaptación del niño /a

Las familias adoptivas se encuentran satisfechas (97.8%), con la evolución de los procesos adaptativos en sus hijos e hijas y consideran que el avance es adecuado a lo esperado.



Relación con otros indicadores. Es uno de los indicadores parentales más importantes. Correlaciona positivamente con casi todas las variables de la investigación, muy especialmente con la adaptabilidad familiar del niño /a (r = 0.52**) y la adaptación escolar (r = 0.48**). Por tanto, los adoptantes con visiones negativas de la evolución del niño /a, muy posiblemente, tengan menores con problemas de adaptación familiar y escolar.

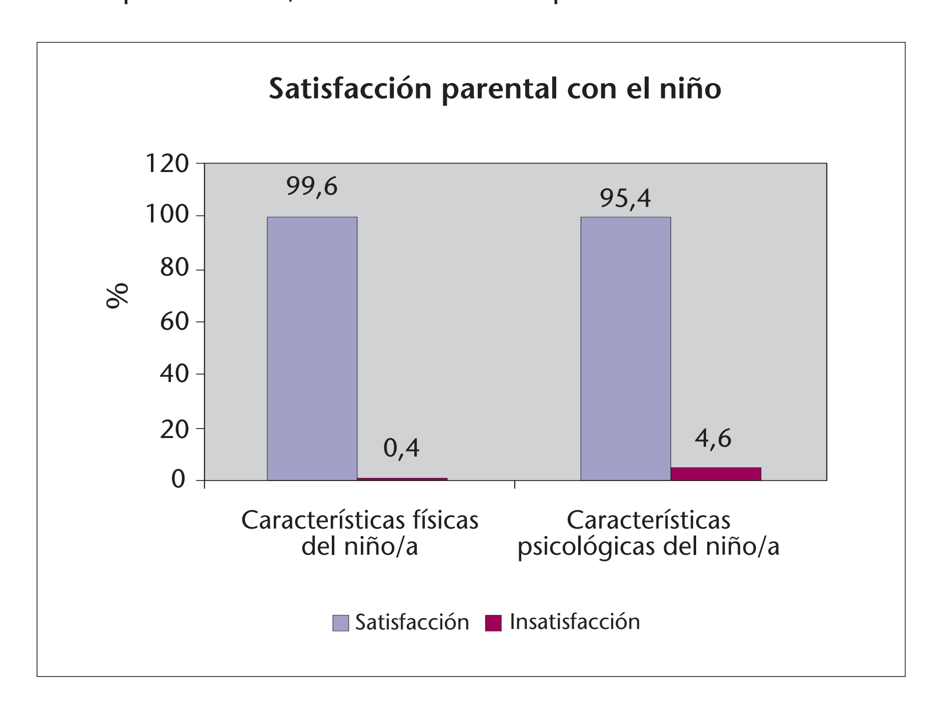
Para estar satisfechos con sus hijos /as, los adoptantes valoran otros indicadores de manera muy nítida como a) el comportamiento externalizante desafiante (r = – 0.43**) b) que no tenga dificultades escolares (r = 0.44**).

Además, los padres y madres que sienten menor satisfacción con la evolución del proceso adoptivo, se encuentran menos satisfechos con la psicología de sus hijos /as (r = – 0.58**) y con las características físicas y corporales (r = – 0.36**).

Satisfacción con las características del niño / a

En este apartado interesaba conocer si los padres y madres estaban satisfechos con sus hijos e hijas: a) características físicas del niño (apariencia física y salud) y b) características psicológicas del menor (carácter, personalidad y temperamento). Los resultados nos muestran que las familias se encuentran muy satisfechas.

Los aspectos físicos obtienen una puntuación más elevada, pues el 99,6% de las familias están satisfechas, es decir, la apariencia física y la salud de sus menores las perciben positivamente. Los aspectos psicológicos son más controvertidos. Encontramos un 95.4% que se encuentran satisfechos, frente a un 4.6% insatisfechos con la personalidad, el carácter o el temperamento del niño o niña.



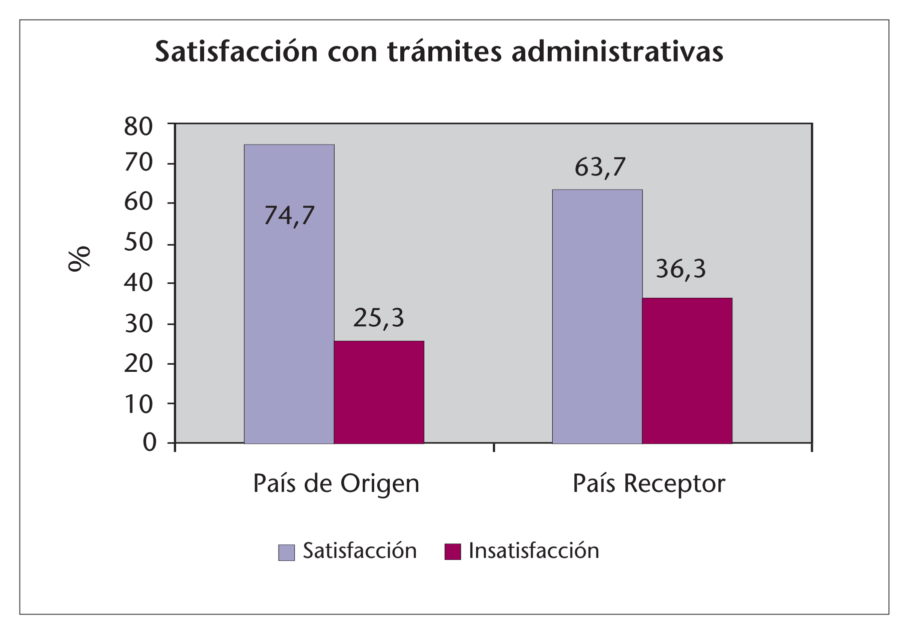
Relación con otros indicadores. La buena aceptación de las características psicológicas del niño y de su personalidad es el mejor indicador de la satisfacción parental.

Los padres y madres satisfechos con la personalidad de sus hijos /as, los viven con mejor adaptabilidad familiar (r = 0.45**), escolar (r = 0.41**), menos dificultad para las tareas escolares (r = – 0.37**), con más sinceridad y menor agresividad (r = 0.37**) y menos problemas en las relaciones sociales (r = 0.32**).

Satisfacción con los trámites administrativos

El camino para adoptar conlleva trámites administrativos en los países de origen y en la comunidad que les recibe. Se han intentado evaluar estos procesos a través del recuerdo que tienen las familias de las gestiones que tuvieron que realizar. Los resultados nos muestran que un 74.7% (295 satisfechos frente a 163 insatisfechos) de familias se encuentran satisfechas con los trámites en los países de origen y un 63.7% (258 satisfechos frente a 147 insatisfechos) con las gestiones realizadas en la comunidad que les recibe.

La comparación de los valores nos indica que las familias valoran más positivamente los trámites en los países de origen que en el propio país, el receptor. Las Comunidades Autónomas, las Diputaciones y otros organismos, en los últimos años han invertido importantes recursos para la mejora de estos resultados.



Relación con otros indicadores. Hay relación significativa entre la satisfacción con los trámites en los países de origen y los trámites en nuestro país (r = 0.38**). Por tanto, las familias satisfechas con el país de origen, se sentirán satisfechas con los trámites en nuestro país (y viceversa).

SATISFACCIÓN PARENTAL Y OTRAS VARIABLES DEL ESTUDIO[2]

A. Preocupaciones parentales y edades del niño /a adoptado

La edad con que se adopta a los menores afecta muy poco a la satisfacción parental de los adoptantes. Hay ligera correlación (significativa) entre esa y el nivel de satisfacción con su estado físico, psicológico y con el proceso adoptivo.

Las familias que adoptan a hijos e hijas de más edad sienten que dedican mayor esfuerzo afectivo hacia ellos. Sin embargo, en la medida que avanza el tiempo, las familias van reduciendo este esfuerzo, consiguiendo equilibrar esfuerzo y dedicación.

TENDENCIAS EVOLUTIVAS DE LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON RELACIÓN A LAS EDADES DEL NIÑO /A

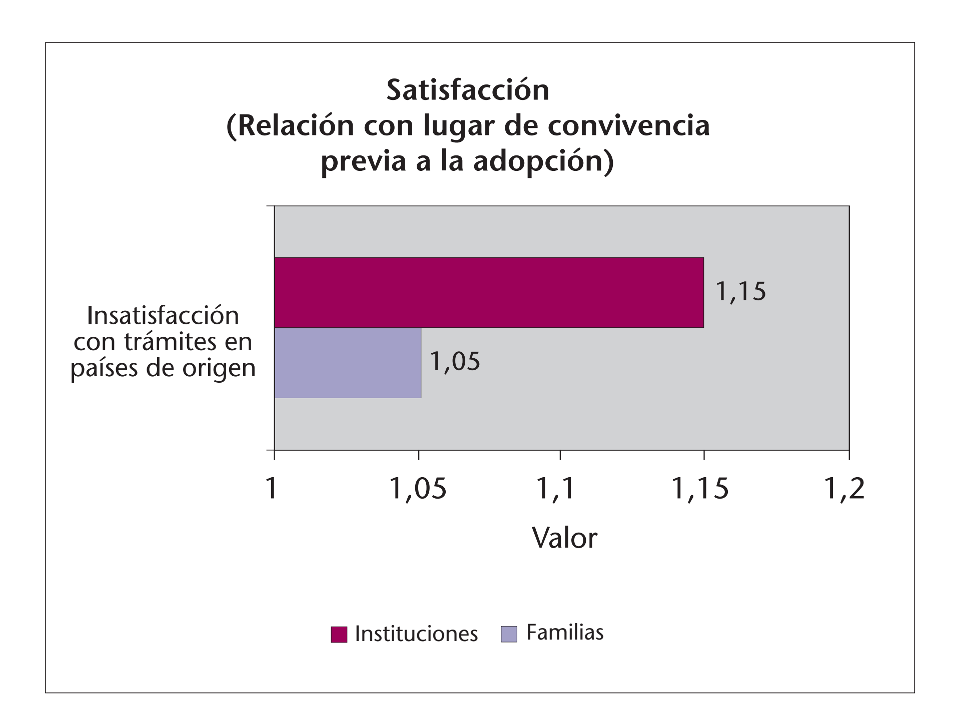
La edad con que se adopta al niño /a correlaciona con:

a. Satisfacción con las característica físicas del niño /a (r = –.19** en la actualidad). Correlación baja y negativa
b. Satisfacción con la personalidad y características psicológicas del niño /a (r = –.22**). Correlación baja y negativa
c. Satisfacción con el proceso de adaptación del niño /a (r = –.22**). Correlación baja y negativa
d. En la ACTUALIDAD, por ser un niño /a adoptado, ¿cree usted que le dedica más atención o esfuerzo que otros padres (o madres) de niños /as no adoptados? (r =.35 ** a la llegada, r = –.22 en la actualidad). Correlación media a la llegada y baja (negativa) en la actualidad.

[2] Las puntuaciones que aparecen en los gráficos de este apartado son más disfuncionales en la medida que son más elevadas.

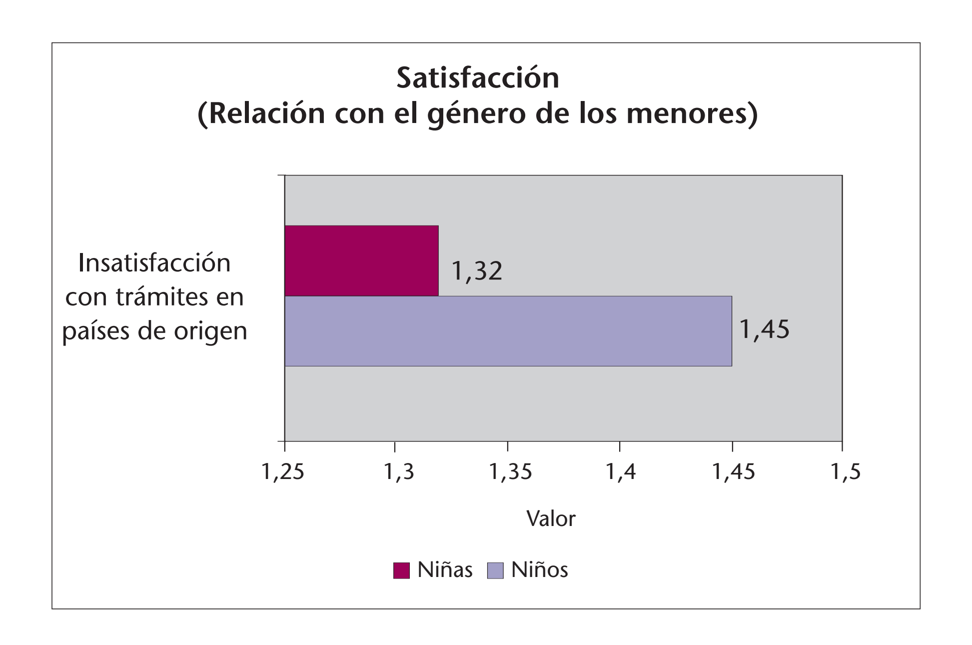
B. Satisfacción con las características físicas de los niños /as y convivencia del menor previa a la adopción

El análisis de diferencia de medias muestra que, cuando los niños vivieron con familias, en lugar de instituciones (orfanatos), sus adoptantes, se sienten más satisfechos con las características físicas del niño.



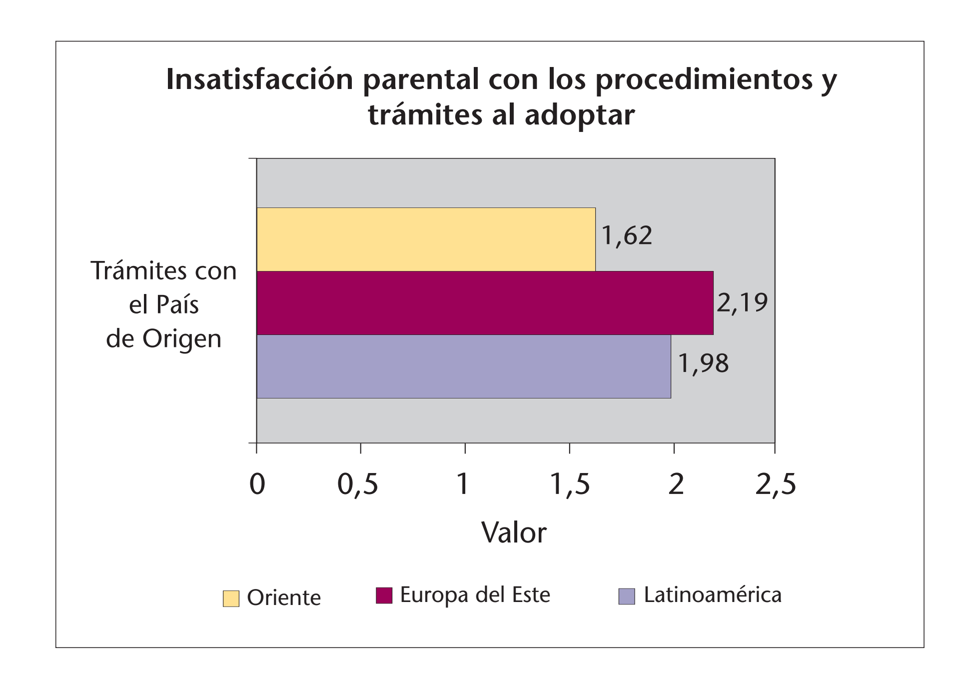
C. Satisfacción con los trámites en el país de origen y género del menor

Las familias que adoptan niños sienten menos satisfacción con los procesos y trámites (en los países de origen) que aquellas que adoptan niñas.



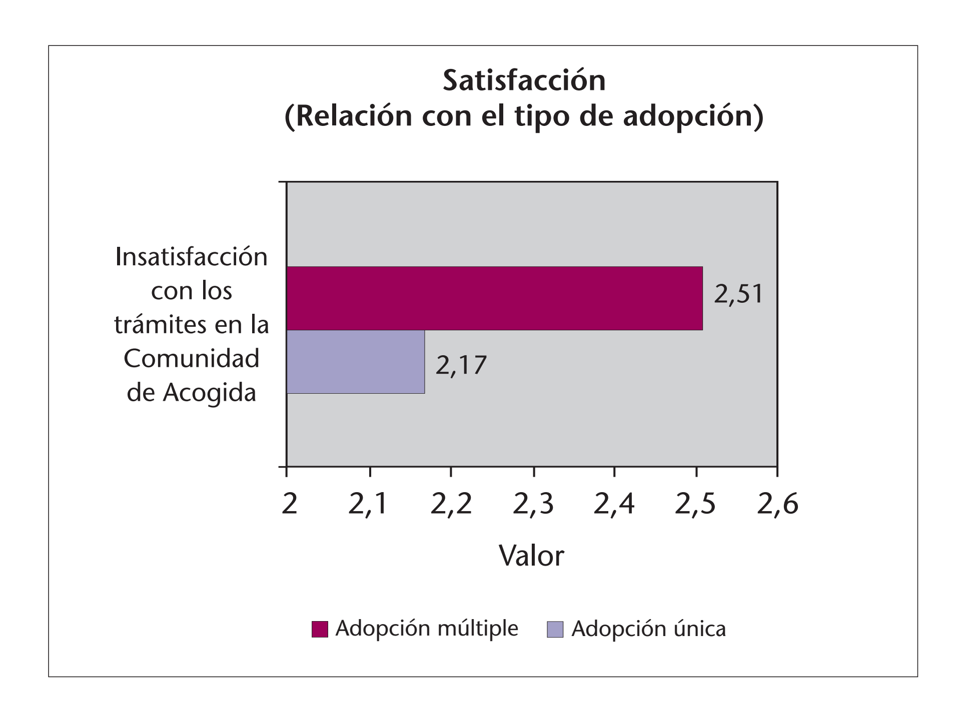
D. Satisfacción con los trámites en el país de origen y zona de nacimiento del menor

Hay una clara relación entre la satisfacción con los trámites y el país originario de los niños y niñas. Favorece a Oriente, seguido de Latinoamérica y de Europa del Este.



E. Satisfacción con los trámites en la Comunidad de Acogida y tipo de adopción

La satisfacción de las familias con los trámites, en la Comunidad de Acogida, difiere significativamente cuando se adoptan una o más criaturas. Las familias que realizan adopciones múltiples sienten los procesos más insatisfactorios.



CONCLUSIONES.
SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL PROCESO ADOPTIVO

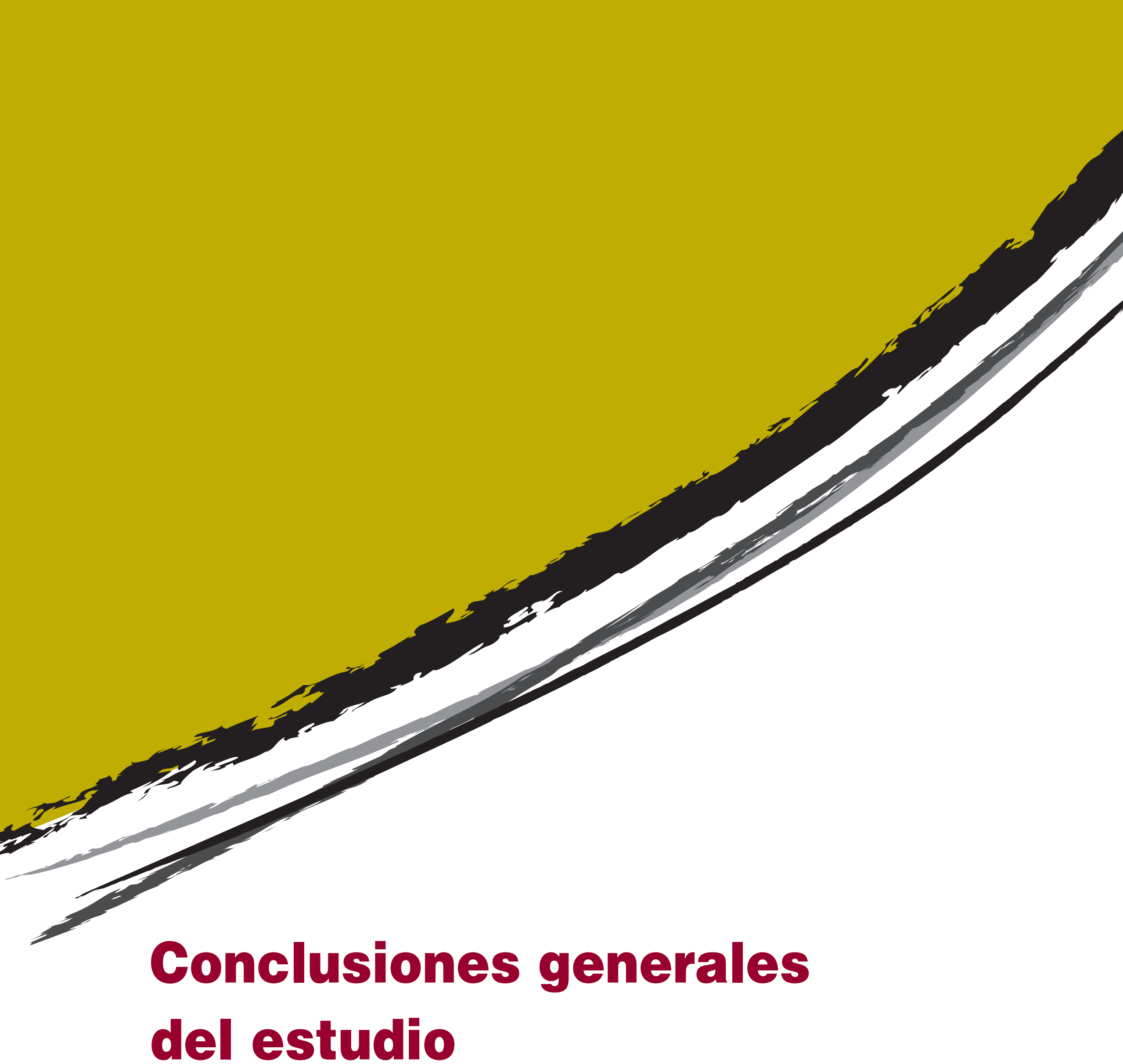
Las familias adoptivas se encuentran satisfechas con el proceso de adaptación y el avance de sus menores adoptados. Solo un 2.2% están con insatisfacción. Esta satisfacción es muy alta con las características y salud del niño o niña (99.6%), y algo más baja con las características psicológicas (95.4%). La satisfacción con los aspectos físicos del menor se valora más alta por las familias que acogieron a menores que habían sido atendidos en familias, dentro de los países de origen, frente a quienes estuvieron en instituciones u orfanatos.

La buena aceptación de las características psicológicas del menor es un buen indicador de la adaptabilidad positiva, tanto en la familia como en la escuela. Cuando los padres y madres se encuentran insatisfechos con la personalidad del niño o niña, es muy

posible que éste tenga más dificultades escolares, menor sinceridad y más dificultades externalizantes desafiantes.

La satisfacción parental con los procesos y trámites administrativos para la adopción, son bien valorados por un 74.7% con relación al país de origen y por un 63.7% con relación al país de acogida. Ambos procesos están relacionados, y quienes valoran positivamente uno de los dos, valoran positivamente al otro.

Las personas que adoptan niñas valoran más positivamente los trámites en el país de origen y son los adoptantes que se han dirigido a Oriente (China) quienes sienten mayor satisfacción con los trámites del país de origen. Por otra parte, las familias que realizan adopciones múltiples son aquellas que peor valoran los procesos y trámites en el país de acogida.



Conclusiones generales del estudio

La investigación nos ha permitido tomar conciencia de la complejidad del tema de la adopción. Al igual que otras investigaciones realizadas en los últimos años (Palacios y cols. 2005, Berástegui 2005) nos encontramos con niños y niñas muy diferentes. Algunos fueron adoptados muy tempranamente (con meses), y otros más tardíamente. Algunos vivieron en familias y otros en instituciones. Hay quienes tienen hermanos biológicos y /o adoptivos. Hay familias biparentales o monoparentales. Y algunas familias realizaron adopciones únicas o múltiples. Parte de esta complejidad es precisamente la que hemos intentado esclarecer a lo largo de nuestro estudio. Aunque se han elaborado conclusiones en cada uno de los apartados de esta investigación, es conveniente realizar una última reflexión para exponer las conclusiones más importantes y plantear perspectivas de cara al futuro.

Esta investigación contiene la muestra más amplia de las que se han realizado dentro del contexto del estado (434 encuestas, aproximadamente el 22% de lo esperable). Y es una de las más importantes de las conseguidas dentro de Europa en los últimos años. Además, ha combinado técnicamente los temas pediátricos con los temas psicológicos.

CONCLUSIONES SOBRE LA MUESTRA ESTUDIADA

En nuestro estudio el 70% de los menores se adoptaron antes de los cuatro años de edad, y han vivido aproximadamente unos 7 años con sus familias adoptivas. Actualmente tienen una edad media cercana a los 10 años. El género de los niños o niñas y su procedencia están relacionados. Las personas provenientes de Oriente suelen ser mayoritariamente niñas. Los niños representan al 45 % y las niñas al 55% de la muestra. El bloque principal de adopciones del País Vasco proviene de Europa del Este (40%), seguido de Latinoamérica (28%) y Oriente (22 %). Hay un 10% de los niñas y niñas que no se conoce la zona de origen.

Las personas que han contestado el cuestionario son mayoritariamente las madres (72,97%). Las familias han adoptado una criatura (88%). En algunos casos (28%) había hijos previos en la familia adoptante. Estos, podían ser biológicos (aproximadamente la mitad) y /o adoptados. Las familias adoptantes son biparentales en el 89% de los casos, y en un porcentaje mucho más pequeño, monoparentales femeninos (9%), habiendo una ausencia casi total (1%) en nuestro estudio de familias monoparentales masculinas y homoparentales. Ha quedado un 1% de familias que no indican ningún dato relacionado con su tipo de familia. Aproximadamente 1/3 de las familias adoptantes conectaron con Asociaciones Adoptivas a lo largo del proceso de adopción.

[1] DSM IV – TR. Indicadores de dificultades psicológicas asociados a la infancia y adolescencia.

CONCLUSIONES SOBRE LOS INDICADORES DE SALUD EN INFANCIA ADOPTIVA

Los indicadores del estudio se encuentran inspirados en los criterios de salud psicológica expuestos en la DSM IV-TR[1]. Los indicadores de los niños y niñas han sido estructurados según los siguientes criterios: a) indicadores internalizantes (ansiosos y depresivos) b) indicadores externalizantes (atención / actividad y conducta desafiante) c) indicadores de adaptabilidad a los contextos (familiar, escolar y social) d) indicadores de vínculo y apego e) indicador de dificultades escolares. El análisis del estudio factorial de los indicadores nos muestra 4 factores que coinciden en parte con las divisiones anteriormente nombradas (la coincidencia es clara con los indicadores internalizantes y externalizantes). El factor que tiene más fuerza es "*ámbito académico y de aprendizaje*" y explica el 34% de la varianza de los indicadores de los menores, lo que manifiesta la fuerza que tiene para el colectivo de adoptantes el tema escolar y la adaptabilidad de los niños y niñas en esta área. Un segundo factor tiene que ver con el "ámbito de apego" y explica el 9% de la varianza.

A. Indicadores a la llegada de los menores

A la llegada a nuestro país, la prevalencia en la disfuncionalidad de los indicadores internalizantes (ansiosos), externalizantes (atención / actividad) y los problemas en el rendimiento escolar, alcanzan porcentajes altos, entre el 25 y el 30%, lo que destaca frente a la prevalencia mucho más baja de los problemas internalizantes (depresivos) y los externalizantes (desafiantes), donde los porcentajes son más bajos (sobre el 12%). En cuanto a la adaptabilidad las cifras son menores y se acercan al 11%, siendo la adaptabilidad social la más problemática a la llegada de los niños y niñas (13.5%). Tienen dificultades escolares el 27% de los niños en este momento.

B. Indicadores al año de convivencia en la familia adoptiva

El primer año de convivencia en la familia adoptiva es un momento crítico en la evolución de las personas adoptadas, pero difiere respecto al indicador en el que nos fijemos. La disfuncionalidad internalizante ansiosa mejora mucho durante este primer año, pero quedan todavía entre un 4 y un 8 % de niños y niñas que tienen problemas de este tipo. La situación es diferente para los problemas internalizantes depresivos, que con menos prevalencia al final del primer año (5%), son más resistentes a los cambios.

En los problemas externalizantes, la capacidad para atender mejora con el tiempo, pero ésta mejora es menor que en otros indicadores y llega a mantenerse hasta el 27% de los niños y niñas al final del primer año de convivencia. La mejora de los menores provenientes de Europa del Este es más lenta.

Los problemas externalizantes desafiantes (obediencia) cumplen un patrón diferente a los anteriores: aunque hay una clara mejoría durante el primer año (11% de disfuncionalidad), a medida que va pasando el tiempo, las puntuaciones se estabilizan. En el caso de los niños y niñas que mienten la mejora es mucho más significativa a lo largo del primer año (5% de disfuncionalidad).

En los problemas de adaptación, también hay una mejora alta que deja al final en torno a un 6% de menores con problemas de adaptación (a destacar el ámbito escolar, que siempre va un poco peor que el resto y el ámbito familiar que tiene el efecto contrario, sólo el 3%, y que suele obtener puntuaciones mejores). El rendimiento escolar, se asocia significativamente con la adaptabilidad (las correlaciones son muy altas, cercanas a la $r = 0.6$ y significativas $p<.005$). Este rendimiento se estanca a partir del primer año, encontrando un 15% de niños con problemas.

Para terminar, los problemas de apego mejoran sobre todo en el primer año (hasta un 3.6% de disfuncionalidad) y luego siguen mejorando nítidamente en la medida que el niño o niña profundiza su convivencia con la familia adoptiva. Estos últimos menores necesitarán ayuda profesional y técnica para poder avanzar en su desarrollo.

C. Indicadores en la actualidad

En la actualidad, nos encontramos con niños de 9.7 años de media. Los niños han vivido alrededor de 7 años con las familias adoptantes. El indicador internalizante ansioso más predominante es "malestar excesivo para separarse de las figuras de apego" que afecta a un 9% de los niños adoptivos y "miedos de difícil consuelo" que afectan al 4%. Realmente las mejoras son muy elevadas a lo largo del proceso adoptivo en todos ellos. Los indicadores internalizantes de tipo depresivo evolucionan también muy intensamente. Quizá se deben remarcar las *sensaciones de inutilidad* que se mantienen constantes desde el primer año de convivencia en un 5%. La evolución de la tristeza sin motivo aparente es muy fuerte y positiva a lo largo de todo el proceso, dejando sólo a un 0.3% de los niños con este problema.

Los indicadores externalizantes (atención / inquietud) se mantienen en torno al 22% de los niños y niñas. Una cifra elevada que coincide con otras investigaciones. La conducta de obediencia vuelve a empeorar después del primer año hasta el 14%. Se hace necesaria una profunda reflexión para la mejora de este patrón conductual, que afecta al mundo de los menores y al mundo de los adultos. La conducta de mentir, molestar y/ o agredir se mantiene estable desde le primer año en torno al 5%.

Los indicadores externalizantes guardan estrechas relaciones con el área escolar de los niños y niñas. Si tenemos en cuenta la importancia que tiene para las familias adoptivas esta área de la vida infantil, podemos imaginar con facilidad, que los menores con alta adaptabilidad familiar suelen tener buenos resultados académicos y por tanto bajos indicadores externalizantes (y viceversa). Son los niños más que las niñas, quienes se encuentran más afectados y las familias monoparentales más que las biparentales.

La adaptación social de los niños y niñas mejora intensamente a lo largo del proceso adoptivo, pasando desde un 8% a un 2% de disfuncionalidad, siendo los menores retraídos los más beneficiados. La conducta hiperactiva mejora del 15% al 11% a lo largo del proceso adoptivo. El trabajo realizado por las perso-

nas adoptadas y por las familias afecta directamente al área social, que siendo la más disfuncionada a la llegada, es la más favorecida en el momento actual. La mala adaptación escolar afecta al 4.15 % de los niños y niñas. En relación con el rendimiento en las actividades escolares tenemos un 16.5% de menores con dificultades, prácticamente mantenido desde el primer año de convivencia.

En cuanto al apego y vínculo, un 8% de las familias sienten que su esfuerzo afectivo y educativo es superior al resto de las familias convencionales. Muy pocos menores tienen dificultades en los indicadores de apego (alrededor del 3%).

D. Principales relaciones entre indicadores de salud infantil

Además de la evolución que tienen los menores, es importante resaltar en estas conclusiones algunas de las relaciones encontradas entre indicadores, muy útiles a la hora de prevenir algunos problemas. En lo que se refiere a las zonas de origen, destaca la peor situación de los niños y niñas de Europa del Este y Latinoamérica respecto a los menores de Oriente, que por lo general suelen estar algo mejor y tienden a ser niñas.

Los indicadores internalizantes ansiosos están peor vistos por las madres. Aunque el grupo de niñas y niños afectados por los indicadores internalizantes de tipo depresivo, es muy pequeño, debe ser tenido en cuenta. Posiblemente necesiten ayude técnica para avanzar hacia niveles de mayor salud. Son mayoritariamente menores, provenientes del Este Europeo y Latinoamérica. Además, éstos suelen tener mayores problemas en los indicadores relacionados con la escuela. Cuando la familia tiene otros hijos (o hijas) biológicos previos, tiende a percibir peor los problemas internalizantes de sus hijos adoptados.

Respecto a la sintomatología externalizante y en especial la relacionada con los problemas de atención, destacan de nuevo los niños sobre las niñas y como consecuencia las niñas provenientes de Oriente son las que menos problemática externalizan-

te presentan. Además, los problemas externalizantes se relacionan intensamente con los problemas de rendimiento escolar. Es decir, los niños con buenos indicadores externalizantes suelen tener menos dificultades en lo escolar. En el caso de la sintomatología más desafiante, ésta se relaciona mucho con la desadaptación familiar y escolar y las correlaciones que aparecen en el estudio son muy elevadas.

Los indicadores de adaptabilidad familiar, escolar y social se relacionan entre ellos. Destacan las altas correlaciones positivas entre todas estas variables con el buen rendimiento escolar. Además, los niños suelen estar peor en la adaptación escolar y familiar, mientras que las niñas tienen más dificultades para hacer amistades. La adaptación, es peor cuando la familia ya tiene hijas o hijos previos. Adaptación, rendimiento escolar y sintomatología externalizante, son tres grupos de variables íntimamente relacionadas. En el rendimiento escolar, podemos ver la influencia de la edad con la que los menores llegaron a nuestro país.

Por último, y como ya hemos descrito en los factores arrojados por el análisis factorial, los indicadores relacionados con el apego tienen un fuerte peso en el segundo factor, y una relación significativa con variables externalizantes, y otras como la adaptación social y familiar.

En general, los niños suelen tener más problemas que las niñas en casi todos los indicadores, y en especial en los depresivos y los externalizantes. También presentan peores puntuaciones los niños y niñas que están en familias monoparentales, frente a los que están en familias biparentales[2].

Para terminar, resaltar un tema que debe hacernos pensar con profundidad: no se han encontrado grandes relaciones entre los indicadores y la *edad de llegada* de las personas adoptadas, o la *edad de convivencia* con la familia adoptiva. Son relaciones más bien pe-

[2] No tiene por qué ser la consecuencia de que la familia sea monoparental, sino que estas familias pueden ver peor a sus hijos /as o estar más preocupados por ellos.

queñas (r = sobre 0.2), lo que va en contra de la tendencia de muchos estudios que asocian patología y edad. Quizás profundizar en este tema fueran una buena y nueva línea de investigación.

CONCLUSIONES SOBRE LOS INDICADORES PARENTALES

Preocupaciones y miedos de los padres y madres

De nuevo, como con los indicadores de los menores, el análisis factorial nos separa las preocupaciones y la satisfacción parental con varios factores. Las preocupaciones / miedos se plantean sobre tres ejes (factores): “miedos o preocupación sobre la condición adoptiva de su hijo o hija”, “preocupaciones sobre la aceptación social de los menores” y “preocupaciones sobre la salud del niño y de la niña”. La satisfacción se divide en dos ejes (factores) que son: “satisfacción con la persona adoptada” y “satisfacción con los trámites administrativos”.

Respecto a los miedos, más o menos, un 20% de los padres y madres los presentan de forma frecuente, especialmente a la llegada del menor. En lo relacionado con los aspectos físicos y de salud afectaría al 15% de las familias, mientras que las preocupaciones por la salud psicológica serían del 21%. En mucha menor medida, cuando el niño o niña que esperan, proviene de la zona de Oriente. La proporción de padres y madres que tienen miedo a que su hijo e hija sea rechazado por familiares y amistades es prácticamente inexistente. Así, también es muy pequeño el porcentaje de padres y madres con miedos relacionados a comunicar con sus hijos e hijas y a comunicar con otras personas sobre la condición adoptiva de sus hijos e hijas.

Respecto a la satisfacción de los padres y madres con sus hijos e hijas, sólo un 4.6% están insatisfechos con la personalidad de estos. Debiera actuarse técnicamente en estos casos.

Estas puntuaciones son mucho más bajas que la insatisfacción hacia los trámites y el proceso administrativo de adoptar (alrededor

del 30% de insatisfacción). Sobre todo, los padres y madres están más satisfechos con los trámites realizados en la zona de Oriente, donde también los menores han obtenido las mejores puntuaciones de salud. Cuando la adopción es múltiple, los padres y madres adoptantes están menos satisfechos con los trámites.



Referencias

Agintzari, (2005). *La Postadopción en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Claves para un abordaje estratégico del fenómeno de la postadopción*. Bilbao. Agintzari, S. Coop. de I.S.

Agintzari, (2005). *Adoptia. Guía de la postadopción para familias. Gobierno Vasco*, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Vitoria-Gasteiz.

Ainsworth, M.D.S., y Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.

Amorós, P. (1987). *La adopción y el acogimiento familiar*. Madrid. Narcea.

Amorós, P. (1989). *Situación actual de los servicios de adopción y acogimiento familiar, año 1988: el proceso de selección*. Madrid: Centro de Estudios de Menor.

Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E. y Mesas, A. (2003). *Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Angulo, J. y Reguilón, J.A. (2001). *Hijos del corazón. Guía útil para padres adoptivos*. Madrid: Temas de hoy.

Barajas, C., "et al". (2001). La *adopción. Una guía para padres*. Madrid: Alianza Editorial.

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia: parentalidad, apego y resilencia*. Barcelona. Editorial Gedisa.

Bechinger, W. y Wacker, B. (1994).*Adoption und Schwangerschaftskonflikt. Wider die einfachen Lösungen*. Idstein: Schulz-Kichner.

Berástegui Pedro-Viejo, A. (2003). *Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejo económico y social.

Berástegui Pedro-Viejo, A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejo económico y social.

Böcker, W. y Krolzik, V. (2002). *Adoptionen in der Einen Welt und Hilfen zur Integration fremdländischer kinder in Westeuropa*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Brodzsinki, D., Schechter, M., Marantz Henig, R. (2002). *Soy adoptado*. Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori.

Camis, J. (2001). *My Life and Me*. Londres. BAAF.

Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social (2005). *Intervención en situaciones de desprotección infantil*. Bilbao. Diputación Foral de Bizkaia 157-183.

Fernández M. (2004). Los estudios españoles sobre adopción y acogimiento familiar 1.974 – 2004. *Boletín de Psicología*, 81, 7 – 31.

Holland, P., Gorey, K. (2004). Historical, developmental and behavioral factors associated with foster care challenges. *Child and adolescent Social Work Journal,* vol.21 (2) 117 – 135.

Junta de Castilla y León. *Programa de Intervención Familiar en situaciones de desprotección infantil en Castilla y León*. Valladolid. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Lancaster, K. (1999) *Claves para criar a un hijo adoptado*. Buenos Aires: Errepar – Longseller.

Lapastora, M. y Velásquez de Castro, F. (2007). *Niños adoptados. Estrategias para afrontar conductas*. Madrid. Editorial Síntesis.

Llez de Meneses M., Roselló B. (2003). Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Revista de neuropsicología*, 36 (Supl1), 5108 – 5117.

Loizaga, F. (2005) Familias adoptivas: estado de la investigación. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 60. (117–133).

Loizaga, F. (2006) Entrenamiento de padres y madres con familias adoptivas. *Letras de Deusto*, vol. 36 nº111, 139-156.

Maganto C. (2005). Variables relacionadas con el proceso de adopción y problemas infantiles pre – y post – adopción. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 19 (1), 121 – 145.

Marinus H. van IJzendoorn, Femmie Juffer, and Caroline W. Klein Poelhuis (2005). Adoption and cognitive development: a meta – analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and School Performance. *Psychological Bulletin Copyright 2005 by the American Psychological Association 2005, Vol. 131, No. 2, 301–316.*

Marrone, M. (2001) *"La teoría del apego: un enfoque actual"* Madrid. Ed. Psimática.

Maiz, O. (2006) La adopción nacional. *Letras de Deusto*, vol. 36 nº 111, 41-73.

Mirabent, V., Ricart, E. Y Cols. (2005) *Adopción y vínculo familiar. Crianza, escolaridad y adolescencia en la adopción internacional.* Barcelona. Fundació Vidal i Barraquer y Paidós.

Múgica, J. (2006) Adopción y abandono, las dos caras de una misma realidad. *Revista Mosaico*, nº32, Madrid, abril 2006. Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.

Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., y León, E. (2004) *Adelante con la adopción*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales del a Junta de Andalucía.

Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., y León, E. (2005) *Adopción Internacional en España: un nuevo país, una nueva vida*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Palacios J., Sánchez –Sandoval Y. (2005). Benyond adopted – nonadopted comparisons. En D. Brodzinsky y J. Palacios (Eds). *Psychological issues in adoption: research and practice*. Westport, CT: Praeger.

Palacios J., Sanchez – Sandoval, León E. (2007). *La aventura de la adopción internacional. Los datos y su significado.* Barcelona. Fundación Teresa Gallifa.

Rahola, P., (2001). *Carta a mi hijo adoptado.* Barcelona. Planeta

Rotenberg, E. (2001) *Adopción. El nido anhelado*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Ruskai Melina, L. (2004). *Cómo educar al niño adoptado. Consejos prácticos y alentadores para los padres adoptivos.* Barcelona. Ediciones Medici.

Sagarna, G. (2006). La adaptación psicológica de niños y niñas adoptadas. *Letras Deusto*, vol. 36 nº 111, 93-106.

Siegel, S.E. (1992). *Su hijo adoptado. Una guía educativa para padres*. Barcelona. Paidós.

Ume Alaia Euskal Erico Adoptzio Familien Elkartea / Ume Alaia Asociación de Familias Adoptivas del País Vasco. (2006). La adopción como acción social. *Letras Deusto*, vol.36 nº 111, 177-187.

Valdivia, C. (2006). Modelos Actuales de familia y su problemática. *Letras Deusto*, vol. 36, nº111, 11-40.

Videla, M. (1996) *¿Conseguir un niño o adoptar un hijo? Los dilemas de la esterilidad*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.



Infancia adoptada.
Informe de Pediatría

INTRODUCCIÓN

El impulso de la adopción internacional en Europa se sitúa a partir de los años 70, debido al desequilibrio demográfico y socio – económico del mundo actual y, por otro lado, al descenso de adopciones nacionales. Pero la gran eclosión hacia la adopción internacional se produce cuando la sociedad en su conjunto y no sólo los adoptantes asumen la cultura de la adopción como otro medio normal de constituir una familia.

Los estudios publicados hasta el momento, la mayoría en el extranjero, mostraban grandes diferencias en cualquiera de los resultados, pero siempre coincidían en que los menores adoptados tienen más factores de riesgo para padecer problemas de salud que los nacidos en familias estructuradas, así como más patologías al llegar. Es por ello, que decidimos realizar un estudio para evaluar a las niñas y niños adoptados en el País Vasco y Navarra, al llegar y después de un año. Otros factores que analizamos han sido: la variabilidad entre menores de diferentes orígenes; la aparición de posibles secuelas; y el uso de protocolos de estudio y seguimiento por parte de los pediatras.

La visita al pediatra

El primer profesional al que estas familias se dirigen incluso antes de que llegue el niño o niña es, probablemente, el pediatra. Es por ello que, como introducción, explicaré brevemente la labor del pediatra de Atención Primaria. La visita preadoptiva al pediatra es recomendable para:

- preguntar todo tipo de dudas
- analizar los informes médicos si los hubiera (aunque podrían mostrar discrepancia con la realidad)
- pensar en la posibilidad de enfermedades existentes en función del país de donde proviene la persona adoptada
- solicitar más información si algo indicara retraso de desarrollo severo
- explicar a los padres los efectos de la institucionalización.
- exponer las posibles soluciones o ponerles en contacto con especialistas, en el caso de diagnósticos concretos como sordera, labio leporino o displasia de cadera.
- dar información precisa sobre medicamentos o dietas para el viaje
- fijar la fecha de visita con el niño o niña.
- preguntar todo tipo de dudas.

Una vez el menor adoptado entre nosotros y siempre que no exista una urgencia, la primera visita se realizará entre dos y cuatro semanas después de la llegada, para dar tiempo a los padres y madres a observarle y conocerle (hábitos, nutrición, comportamiento, deambulación…). Este tiempo sirve además para no aumentar la ansiedad familiar inicial. En la primera visita se realiza el examen físico completo. Seguidamente, y siempre en función de la exploración física, realizaremos los análisis, que deben ser siempre repetidos aunque haya informe de análisis en sus países, y por fin la revisión del calendario vacunal, para adaptarlo a nuestro medio, y del desarrollo psico-motor muy prudentemente, ya que es conveniente dar tiempo al niño o niña.

La influencia de la deprivación

La nutrición es uno de los puntos más afectados no sólo por la situación socio-económica sino por la cultura, el clima o la religión. El efecto del orfanato, pobreza, malnutrición, enfermedades cróni-

cas y deprivación afectiva y psicosocial provoca malnutrición y hace disminuir el crecimiento y el *desarrollo ponderoestatural*[a] según ha quedado ampliamente demostrado. La falta de crecimiento es de un mes de retraso por cada 3 ó por cada 5 meses pasados en el orfanato (los datos varían según diferentes investigadores). Las secuelas de la malnutrición a largo plazo son mayores, cuanto mayor haya sido ese periodo de deprivación. Y a su vez hay correlación directa entre retraso de peso, de talla y del perímetro de la cabeza con retraso psicomotor. Sin embargo los estudios demuestran que la recuperación a los 3 ó 4 años con tratamiento psicoafectivo y nutritivo es total física y mentalmente, si la adopción fue antes de los 6 meses y casi total si fue antes de los 5 años.

En el terreno del desarrollo psicomotor, prácticamente la totalidad de los estudios describen un elevado porcentaje de retrasos al llegar. Pero el rango entre diferentes estudios es enorme (7-75%) y además al igual que ocurría con el desarrollo físico, es directamente proporcional al tiempo transcurrido en un orfanato. Esto se acentúa más si el niño tiene una enfermedad crónica. Al no haber tests de desarrollo formales para esta población, se puede llegar a pensar en un falso retraso mental, cuando la realidad es que con una adecuada estimulación recuperan desarrollo de forma espectacular.

MATERIAL Y MÉTODO

Se envió la encuesta médica bilingüe desde las Diputaciones Forales de Alava, Gipuzkoa, Bizkaia y Navarra a cada familia adoptante. Se solicitaban datos sobre la salud de su hijo o hija al llegar y 12 meses después. La encuesta constaba de varios apartados médicos que debían ser cumplimentados con la ayuda del pediatra del niño o niña:

- En el primer apartado, antecedentes del menor tanto físicos como psicológicos o intelectuales hasta el momento de la adopción.

[a] Desarrollo ponderoestatural se refiere al desarrollo y evolución del peso del menor, relacionado con su talla.

- En el segundo apartado, datos de la primera evaluación en nuestro país: lugar del examen, exploración física (medidas comparadas con los estándares de la OMS y los nuestros), análisis sanguíneos para anemia, raquitismo y enfermedades infecciosas habituales en estos menores y comportamiento social (adecuado, retraído o hiperactivo), Además se evaluaron hábitos como: sueño, esfínteres, alimentación y patrones de desarrollo psicomotor. La evaluación de alteraciones locomotoras, de motilidad fina y gruesa y del lenguaje se evaluaron con el test Haizea – Llevant habitualmente manejado por nuestros pediatras.

También se evaluó la concordancia o no de estos datos con los informes recibidos del país. El último apartado refleja esta misma información un año después de vivir en la nueva familia y para finalizar, se anotaban secuelas a largo plazo o enfermedades crónicas.

Se envió a toda la población de adoptados internacionalmente del País Vasco y Navarra y no sólo a los menores dirigidos a un centro terciario o profesional especializado determinado. En este aspecto se diferencia de casi todos los trabajos publicados hasta el momento y puede ser clave para explicar los satisfactorios resultados obtenidos. El 80% se vieron en consultas de Atención Primaria (gratuita en nuestro país). Sólo el 3% se vieron en una consulta hospitalaria.

El porcentaje de encuestas recibidas, un 25%, fue bajo, ya que al no haber apenas datos sobre adoptados en nuestro país, se supone que las familias están concienciadas al respecto. Esto podría producir un cierto sesgo de resultado desconocido. Sin embargo, la muestra es buena y suficiente. Aún así, hay que añadir la falta de datos en algunas encuestas, factor que, junto con la baja participación, ha impedido efectuar una aplicación estadística de mayor potencia.

La edad, relación de sexos y el origen de los menores coincide con la distribución en el resto comunidades españolas, pero no siempre con los trabajos publicados en Norteamérica (EEUU). Se usaron las tablas de desarrollo de nuestro medio, siguiendo la propuesta de la OMS que afirma que: *los niños que crecen en un ambien-*

te óptimo tienen similar crecimiento final, independientemente de sus antecedentes geográficos y /o genéticos

RESULTADOS

Informes preadoptivos de los países de origen

Los informes de los países de origen presentan un número de limitaciones importantes. El dato más significativo es que un número muy escaso de personas adoptadas disponía de informes preadoptivos y si lo hacían tenían muchas carencias. Esto coincide con algunos trabajos aunque en otros de diferentes orígenes se logra mayor información[a].

Un 7,7% de las familias sabía que había antecedentes maternos de alcoholismo. Sin embargo, 373 no conocen el antecedente, por lo cual el número podría ser mayor. De ellos hay problemas de comportamiento o de desarrollo en el 43%. Lo mismo ocurre con el 4% de antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) que contaba con 330 casos indocumentados.

El peso al nacimiento se ignora en 269 niños o niñas. Aún así, de los 138 restantes, entre prematuros menores de 2.500 g y bajo peso para la edad gestacional (BPEG) hay 38 casos (27%). Es posible que al ser un dato muy influyente en el futuro de los bebés, en el país de origen sólo se diera información de los casos patológicos suponiéndose el resto de parto normal. En cualquier caso, si consideramos de riesgo a los menores de 2.000 g, el porcentaje disminuiría al 6,1% lo cual coincide con la tasa de prematuros menores de 36 semanas en el año 2.000 en nuestra comunidad que fue de 6,8%.

En suma, de los 54 casos con informe preadoptivo de retraso intelectual o neurológico grave sólo 18 tuvieron alguno de los aspectos investigados patológicos a su llegada, siendo el comportamiento hiperactivo el problema más detectado. Esto coincide con Albers y Johnson que comparan informes pre y postadoptivos y concluyen que coinciden en muy poco: a pesar de oscuros diagnósticos espe-

cialmente neurológicos, se vio que ningún niño tenía problema severo y muchos otros diagnósticos no se confirmaron aunque aparecieron algunos nuevos. Sí hallaron altos porcentajes de retraso del desarrollo motor fino (82%), del lenguaje (59%) y emocional (53%)[11].

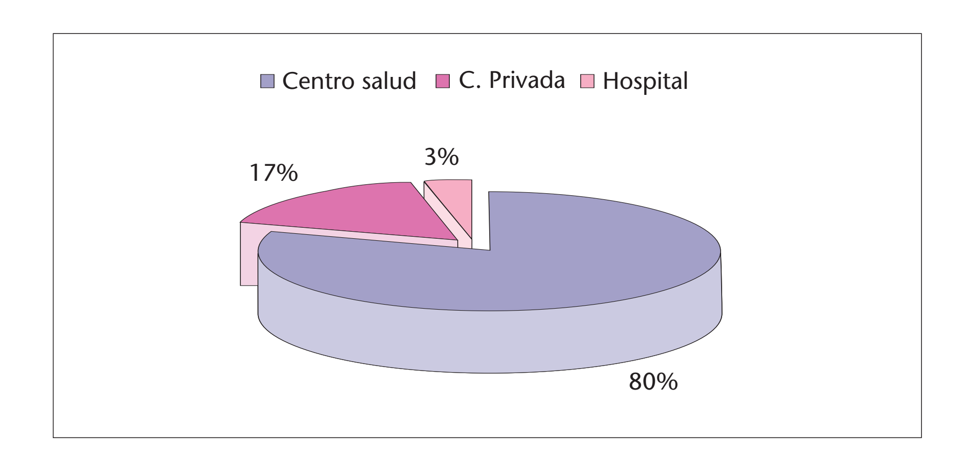
La conclusión es que existe una gran carencia de informes y una gran discrepancia entre éstos y la realidad, pero siguen siendo niños de gran riesgo.

Seguimiento del protocolo para niños adoptados en nuestros territorios

Tomando como modelo el protocolo de consenso pediátrico sobre menores adoptados, podemos observar que algunas de las analíticas recomendadas no han sido solicitadas, lo cual puede causar secuelas crónicas que hubieran podido ser corregidas. Hostetter vio que había un 63% de diagnósticos insospechados y la mayoría detectados exclusivamente por análisis básicos; y la mitad hubieran dado secuelas a largo plazo de no corregirse Esto puede ser explicable porque el protocolo se divulgó en nuestra comunidad a finales del año 2000 y muchos de los niños y niñas adoptadas lo fueron anteriormente.

Aspectos generales

El tiempo medio desde que se adoptó el menor hasta que fue visto por el pediatra fue de 21 días. La segunda visita evaluada fue la de control 1 año después. La mayor parte de los niños y niñas fueron vistas por sus pediatras de Atención Primaria del sistema público de salud. En el gráfico siguiente se plantea dónde fue la evaluación inicial de la criatura.



Datos preadoptivos

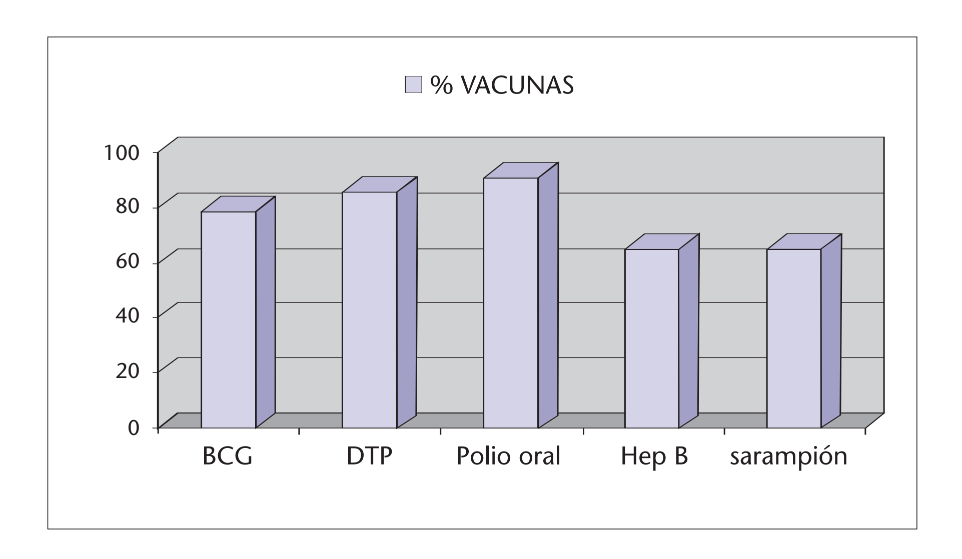
- *Enfermedades hereditarias*: solo conocemos tres casos de retraso psicomotor en la madre; de cuyos hijos sólo uno es microcéfalo con grave retraso psicomotor.
- *Enfermedades de trasmisión sexual (ETS)* en la madre: sólo se reseñaba en 90 (20%) y de éstos, 13 casos (14%) fueron positivos: 10 son de países del Este de Europa, 2 de Latinoamérica y 1 de China.
- *Alcoholismo materno*: en 32 casos (7,7% del total) se refería este antecedente; de ellos, 25 originarios del este de Europa (71,8%), 6 de Latinoamérica (15,6%) y 1 de China.
- *Parto*: en el 67,1% (282) de los casos ignoramos el momento del parto y en el 26,5% el peso al nacer. Se definían como "pretérmino" o prematuros, 38 menores, 27 (71%) de países del este de Europa y el resto de Sudamérica; y 100 niños o niñas como "nacidos a término" de los cuales 18 fueron de "bajo peso para su edad gestacional" y no llegaban a los 2.500 g.
- *Sufrimiento fetal*. En 18 niños se refería una condición relacionada con sufrimiento fetal o falta de oxígeno en el parto.

– ***Retraso psicomotor, intelectual y / o neurológico*** está descrito en 50 niños de 297 (16,8%), predominando entre ellos los niños y niñas del Este de Europa (24) y sin diferencia entre sexos.
– ***Otras patologías***: En los informes preadoptivos aparecen nombradas múltiples patologías: cardiopatía (5), tuberculosis tratada (2), desnutrición (8), anemias (7), maltrato (5), infecciones broncopulmonares o asma (33; 17 del Este de Europa) y diversas infecciones leves como otitis, dermatitis, varicela o caries.

Vacunaciones

Sólo en 239 (57%) de los niños y niñas había datos sobre el estado de inmunización. En el resto de los niños desconocemos el estado vacunal. El porcentaje de documentación obtenida fue similar según procedencias aunque algo superior en países del Este de Europa (66%) que en asiáticos (61%) y sudamericanos (58%). Analizando las vacunas independientemente:

– ***BCG (anti-tuberculosis):*** 78,9% están vacunados (92% en los procedentes de países del este de Europa, 74% en asiáticos y 55% en americanos).
– ***Difteria, tétanos y tosferina***: 85,7% están vacunados, sin apenas diferencias entre países.
– ***Antipolio oral***: 90,3% de los niños (82% si únicamente nos fijamos en los procedentes de América Latina pero 94% si vienen del este de Europa y Asia).
– ***Hepatitis B***: 65% (aunque sólo el 40% de los Latinoamericanos).
– ***Antisarampionosa:*** 65% (con un 55,3% en los procedentes de América Latina, 73% en los del Este de Europa y 70% en los de Asia).



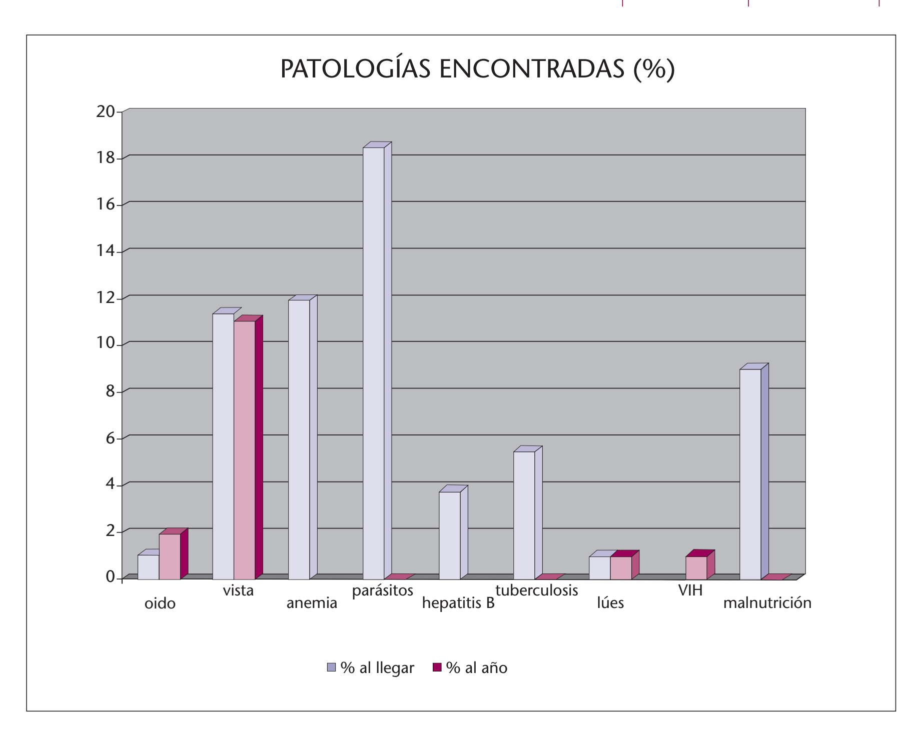
Nuestros resultados coinciden con Miller que obtiene cartillas de vacunación en 54% de los guatemaltecos y con Albers[11] en cuyo estudio sólo hay informes vacunales en un 57%, aunque en nuestro estudio los que tienen cartilla vacunal tienen más completas las inmunizaciones. Lo ideal sería comprobar el grado de inmunidad por la *titulación serológica*[b] pero esto no es posible retrospectivamente y por otro lado Hostetter[i] y Miller[ii] demostraron (aunque sin grupo control) que los títulos de anticuerpos en menores adoptados no correspondían con lo escrito en los informes. En nuestro medio si hay dudas[iii], se repite la vacunación y si el informe es fiable se continúa el calendario.

Enfermedades y patologías

En cuanto a las enfermedades encontradas al llegar y al año, los resultados se ven en la tabla siguiente:

[b] La titulación serológica, en este caso, se refiere al recuento de anticuerpos en sangre para detectar infecciones, descartar sospechas relacionadas con las infecciones, o valorar el estado del sistema inmunitario del menor.

Patologías importantes encontradas	Al llegar %	Al año %
Alteraciones auditivas	*1,1*	*2*
Alteraciones visuales	*11,4*	*11,1*
Anemia	*12*	*ns/nc*
Parásitos intestinales	*18,5*	*0*
Serología positiva virus de la hepatitis B	*3,8*	*ns/nc*
Infección latente tuberculosis (contacto sin enfermedad)	*5,5*	*ns/nc*
Lúes o sífilis	*1*	*1*
Serología positiva del virus de la inmunodeficiencia humana	*0*	*1**
Malnutrición según talla y peso	*9*	*0*
** Caso dudoso; posiblemente se trata de un error.*		



Refiriéndonos a la bioquímica básica, las alteraciones más frecuentes se encontraron en el perfil hepático (6,7%), metabolismo calcio / fósforo que refleja inicio de raquitismo (5,6%), proteinemia sérica (4%). También, un 4,8% de los *coprocultivos*[c] (gastroenteritis infecciosas) fueron positivos.

Las anemias tanto ferropénicas como, en mucha menor medida, por hemoglobinopatías u otras (africanos y asiáticos) son más frecuentes en estos menores. Las prevalencias en niños adoptados oscilan entre 3,4% de Jenista, hasta más del 30% de varios estudios tanto de Miller[9,13] como europeos. En nuestro trabajo es del 12%.

Hepatitis B

Nuestro estudio obtiene un 3,8% de serologías positivas, lo cual coincide con la mayoría de trabajos de nuestro país si nos referimos al conjunto de nacionalidades. Es cierto que el 50% de los rumanos adoptados en 1990 estaban infectados por transmisión horizontal y lo mismo ocurría en otros países del Este de Europa, Africa y Asia[11,15,18]. Sin embargo actualmente en muchos países se vacuna a los recién nacidos y la infección está presente en menor número: en los estudios de Miller[iii] con menores rumanos y chinos aparece un 6-9% y con latinoaméricanos ningún niño infectado[9]; Sonego halla 16,2% pero con niños africanos[17], Oliván[iii9] tan sólo 3,3% con niñas chinas y el 0% con provenientes de la antigua URSS, cifras éstas cercanas a la nuestra.

Aún así, la tasa de prevalencia de hepatitis B en la población general del País Vasco en el año 2000 fue sólo del 1,22/100.000 por lo cual las prevalencias halladas obligan a realizar este examen al llegar y a asegurarse de que los familiares están vacunados.

[c] Análisis de las heces

Lúes[d]

La incidencia es extremadamente baja en todos los estudios excepto en africanos que es del 5,4%[18] y en países de la Antigua URSS[11], pero al ser una enfermedad tratable es recomendable investigarla siempre.

Infección por el VIH

En nuestro estudio apareció una serología positiva al año de estar aquí, pero investigado el dato, pensamos que se trata de un error. Según la literatura, apenas ha habido casos en menores adoptados excepto en Rumania en la época de Ceaucescu. Tal vez fallecen antes de llegar o probablemente los excluyen de las listas de candidatos para adopción. Sin embargo, sigue habiendo altísimas tasas de prevalencia en zonas de Tailandia, India y África y dado que el tratamiento mejora e impide complicaciones es fundamental su investigación.

Parásitos intestinales

Nuestra incidencia del 18,5% es habitual en otros estudios aunque la dispersión varía del 1,7% de Oliván o 3,6% de Johnson hasta el 35% que obtiene Miller. Estas parasitaciones parecen lógicas en niños y niñas provenientes de instituciones donde hay poca higiene y fácil contagio. Aunque tienen escaso reflejo clínico a corto plazo, sí pueden dar malabsorción y otros problemas a largo plazo. Dado que además el tratamiento es sencillo, siempre se debe de investigar.

Tuberculosis

La infección tuberculosa en los países de procedencia es más frecuente que en nuestra sociedad en la cual la tasa para menores

[d] Comúnmente conocido como "Sífilis".

de 14 años en el año 2000, según Salud Pública del País Vasco fue de 2,84/100.000. Nuestra muestra, con una proporción o prevalencia del 5,5% se incluye en el rango del resto de estudios que oscila de un 2 a un 8%, excepto para africanos que es de un 18% [26]. Por eso, tanto en menores adoptados como en inmigrantes se recomienda realizar el Mantoux[e] (que nuestros pediatras sólo realizaron a un 38%) y se dejará la realización de la radiografía de tórax para los casos en que la sintomatología lo indique.

Otras patologías físicas

Otras patologías encontradas fueron: 2 esferocitosis[f], 1 enfermedad celíaca, 1 pubertad precoz femenina, 1 caso de secuelas radiológicas de raquitismo, 1 psoriasis cutánea. Precisaron valoración cardiológica 12 niños, de los cuales sólo en 1 se diagnosticó una comunicación interauricular. También fueron frecuentes las enfermedades respiratorias agudas, otitis medias agudas, dermatitis atópicas, problemas ortopédicos como genu valgo[g] o piés cavos y en algún niño patologías congénitas susceptibles de tratamiento quirúrgico.

Malnutrición y crecimiento

La malnutrición y el retraso de crecimiento están presentes en un alto porcentaje de los niños adoptados internacionalmente según la bibliografía. Y lógicamente, se ha demostrado asociación negativa del *Z score*[h] de las tallas, con el tiempo de orfanato, debido tanto a carencias físicas como afectivo-sociales. Esta constatación es

[e] Prueba de tuberculina para el diagnóstico de tuberculosis.

[f] Esferocitosis: trastorno hereditario de los glóbulos rojos, que puede estar relacionado con anemia leve.

[g] Genu Valgo: Deformidad en las piernas caracterizada por muslos y piernas desviados (con las rodillas hacia dentro).

[h] "Z score" es una prueba estadística para estudiar la probabilidad de asociación de diversas variables. Ejemplo: tiempo en el orfanato y talla.

importante en sí, pero también porque la correlación directa entre retraso de peso, talla y perímetro craneal con retraso psicomotor ha quedado ampliamente demostrada[16,19].

En cualquier caso, los estudios a medio plazo demuestran que la recuperación es total física, mental y en problemas de comportamiento si la malnutrición no ha sido muy severa y si la adopción ocurre antes de los 6 meses y muy buena si fue antes de los 4-6 años[18, 22-25].

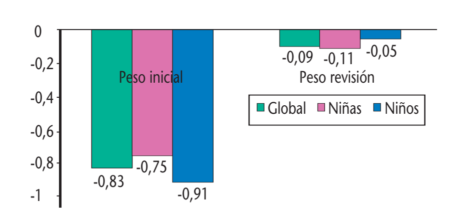
En nuestra investigación y en cuanto al desarrollo físico se refiere, si consideramos el percentil 3 como el límite inferior para no entrar en malnutrición, sólo un 9% de los niños y niñas estaban por debajo de ese percentil 3 del peso al llegar y un 8% en el caso de la talla. Referido al perímetro craneal, fiable indicador de desarrollo cerebral, sólo tres eran inferiores al percentil 3.

Si la medición se realiza en *Z score* nuestros resultados para peso y talla siguen siendo muy favorables con una media al llegar en valores bajos pero dentro de 1 DE[i] (peso –0,83 y talla –0,78), al igual que los etíopes estudiados por Miller [26] pero diferente a otros estudios en que los Z score medios oscilaban entre –1 y –2 DE [11,25]. Si ponemos el límite para la malnutrición en 2 desviaciones estándar por debajo de la media de la población autóctona, de nuevo obtenemos sólo un 9% de menores malnutridos, menos que en otros estudios.

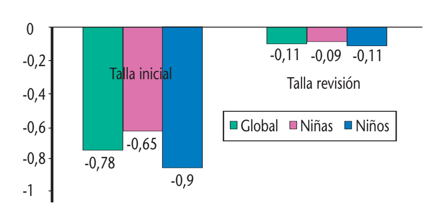
De todos ellos el 100% entraron en percentiles o límites apropiados 12 meses después de su llegada obteniendo unos Z score de –0,09 y –0,11 respectivamente para peso y talla, es decir, una espectacular recuperación en el primer año.

[i] DE es la Desviación Estándar: el valor que se aleja el dato del valor promedio.

Evolución del peso: global, niñas y niños en SDS



Evolución del peso: global, niñas y niños en SDS



La explicación para esa diferencia a nuestro favor de resultados con otros trabajos puede ser la definición de malnutrición que para nosotros es un Índice de Masa Corporal menor de –2 DE, pero también que las condiciones de alimentación y afectividad en que viven actualmente estos menores en determinados países de origen han mejorado. Esto unido a que los perímetros craneales casi en su totalidad estaban dentro de percentiles y a que la edad media del grupo era de sólo 2 años, ha podido contribuir a la buena recuperación de peso y talla obtenidos al año de vivir entre nosotros.

Desarrollo físico y psicomotor

Nuestros resultados (8% de retraso motor y 19% del lenguaje) han sido peores que la población general pero mejores que los de casi todos los trabajos publicados[7,11,15,23,25] exceptuando los niños etíopes[iv] (aunque los estudios sobre estos niños y niñas sitúan las cifras de prevalencia entre el 5 y el 75% y son trabajos de las décadas 80-90). La razón de esta amplia dispersión tal vez sea que valorar el desarrollo psicomotor y del lenguaje en menores adoptados a su llegada no es fácil: no hay pruebas de desarrollo formales para una población que en muchas ocasiones no habla nuestro idioma, no ha recibido aprendizaje básico ni estímulos de ningún tipo, no tiene fuerza muscular y/o carece de estabilidad emocional para llevar a cabo un examen formal a su llegada. Todo esto puede llegar a hacer pensar en un falso re-

traso del desarrollo. Nosotros hemos confiado en el Test Haizea Llevant y en la experiencia de nuestros pediatras ya que aunque le puede faltar precisión, sí detecta los signos de alarma en el desarrollo psicomotor. Por otro lado insistimos en que nuestro trabajo incluye todos los menores adoptados y no sólo los que van a un especialista.

Aunque no hay estudios longitudinales a largo plazo sobre la reversibilidad de los retrasos de crecimiento y desarrollo ni de los problemas de comportamiento, sí se puede afirmar que al reinsertar a un menor de 5 años y medio o menos en un ambiente favorable tiene muchísimas posibilidades de alcanzar un coeficiente intelectual normal, resultando más dfícil hacerlo después de esa edad.

Al igual que en el plano físico y la malnutrición, nuestros niños y niñas tienen una buena recuperación al año. Los pacientes, que una vez dado un tiempo de recuperación, no lo hacían o eran claramente retrasados, se enviaron al especialista.

Hay que destacar de nuevo que entre los informados como prematuros hemos encontrado posteriormente una gran parte de problemas de desarrollo y comportamiento. Hubo alteración del aparato locomotor –incluidos defectos ortopédicos– en 9% de los niños y algún tipo de problema en la manipulación en el 7,5% (en conjunto un 8%). Al año, 16 niños o niñas (4,2%) presentaban alteraciones locomotoras, 9 de ellos no detectados en la valoración inicial, y 7 problemas en la manipulación motora (en conjunto 5%).

Alteraciones del desarrollo

A su llegada se valoraron cualitativamente alteraciones en la exploración en diversos aspectos de desarrollo psico – social. En este campo se obtuvo un porcentaje de respuestas muy superior al 90% (obtuvimos siempre una muestra mayor de 380 niños, 93%).

Tabla: Alteraciones encontradas al llegar y al año de su estancia con la familia adoptante

Alteraciones del desarrollo	Al llegar %	Al año %
Déficit motor	*8,0*	*5,0*
Retraso lenguaje	*19,5*	*10,0*
Comportamiento retraído	*18,2*	*7,1*
Comportamiento hiperactivo	*18,6*	*13,2*
Alteraciones espectro autista	*0*	*0*
Alteraciones alimentación-apetito (por exceso o por defecto)	*35,4*	*9,7*
Alteraciones del sueño	*14,0*	*5,6*
Falta control esfínter anal	*5,5*	*0,78*
Falta control esfínter urinario	*5,5*	*0,78*
Retraso global (en varios ítems)	*2,5*	*1,6*

Retraso en el lenguaje

Retraso en el lenguaje se diagnosticó en un 19,5% de los menores (se valoró esta cuestión sólo en mayores de 2 años). Al año, persiste un 10,2% de los que son mayores de 2 años. El porcentaje oscila entre el 8,5% y el 10,2% según se considere 2 ó 3 años el límite para la valoración. En el grupo de niños y niñas de Latinoamérica es sólo del 4%.

Hasta el momento la US Preventive Services Task Force[j] no ha incluido la adopción como factor de riesgo para retraso del lenguaje, pues no hay estrategias de detección en poblaciones especiales. Pero, lo que es más importante, concluye que no hay datos suficientes para manifestarse a favor o en contra del uso sistemático de pruebas

[j] En EEUU, el equipo de tareas y servicios para disponer y evaluar tareas preventivas en salud pública.

formales breves para detectar los retrasos del lenguaje en niños y niñas menores 5 años en el ámbito de la asistencia primaria[26,27].

La prevalencia de los retrasos del lenguaje varía entre el 2,3 y el 19% en menores de 5 años[28]. Según estos datos, nuestras cifras serían iguales o inferiores a las de la población general, resultado que muestra lo dificultoso de esta valoración.

El porcentaje hallado de alteraciones auditivas es algo inferior al 3% que obtienen en otros estudios[7,17], pequeño para ser el causante de un retraso del lenguaje, pero suficiente para pensar en este posible diagnóstico debido a la prematuridad, antecedentes familiares u otitis mal tratadas

Comportamiento Social

Comportamiento social: adecuado, retraído o hiperactivo; el 18,2% de niños y niñas mayores de 1 año son calificados de "comportamiento retraído" por su pediatra y su familia, mientras que el 18,6% muestran "comportamiento hiperactivo", aunque no clasificados según el DSM IV[k] y 63,2% conducta cafilicada como adecuada a su llegada. Al año 7,1% de los menores se seguían definiendo como retraídos y 13,2% como con comportamiento hiperactivo. En ningún caso se han detectado alteraciones en la conexión con el medio ni se han etiquetado de trastornos del espectro autista, ni al llegar ni en sucesivas visitas.

En situación de orfanato o incluso tras pasar por casas de acogida, los niños adoptados no han podido crear relaciones intensas y prolongadas. No tienen un referente claro, ni el sentimiento de ser importantes para nadie. Esto puede causar baja autoestima y lo que en psicología se denomina desorden de apego y falta de vínculo.

Según algunos autores, el orfanato[29,30], incluso sólo durante los dos primeros años de vida, podría ocasionar graves efectos a largo plazo sobre el comportamiento social y afectivo, como problemas de sue-

[k] Manual estadístico y diagnóstico de los desórdenes mentales.

ño, enuresis[l] o encopresis[m], conductas de autoestimulación y autoagresión, tendencia a las rabietas, falta de amigos íntimos y querencia por los adultos, hiperactividad, agresividad o conducta antisocial llegando a patrones pseudoautísticos[31] Pero éste es un tema muy controvertido y otros lo desmienten. Incluso algunos paradójicos resultados de estos trabajos mostraban más alteraciones en menores adoptados antes de los seis meses de edad que en adoptados mayores.

Por otro lado, en una encuesta realizada a padres y madres de niños y niñas adoptadas y a sus médicos, mientras que los primeros vieron problemas sólo en un 9%, los pediatras los señalaron en el 22% de los niños. Esto nos llevó a estudiar el problema con la visión del pediatra y de los padres. Nuestras respuestas han obtenido buenos resultados en cuanto al sueño, control de esfínteres y alimentación, pero no tan buenos, como ya hemos dicho, en cuanto al comportamiento hiperactivo, 18% en la primera visita y un 13% al año, o retraído 18 y 7 % respectivamente.

La prevalencia del TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) estimada varía según los países, las escalas para orientar el diagnóstico, los cambios sucesivos de los criterios diagnósticos y la influencia de factores culturales y del nivel socioeconómico. Nuestra encuesta no estudiaba la presencia formal del TDAH, sino simplemente preguntaba a padres, madres y pediatras sobre la observación en sus hijos e hijas de "comportamiento" hiperactivo. Y según esto, nuestras estimaciones sobrepasarían la prevalencia en población general de Europa (2-5%)[32] y EEUU (4-12%)[33] aunque no tanto a las de Latinoamérica(16%)[34].

En conjunto, es una observación repetida, que se mantiene al año más de lo deseable. Sería recomendable estudiar más profundamente este trastorno en niños y niñas adoptadas y tenerlo presente a la hora de evaluarlos para poder ofrecer un correcto tratamiento.

[l] Enuresis: Orinarse en la cama de forma involuntaria, tras haber superado el menor la edad de control de esfínter urinario.

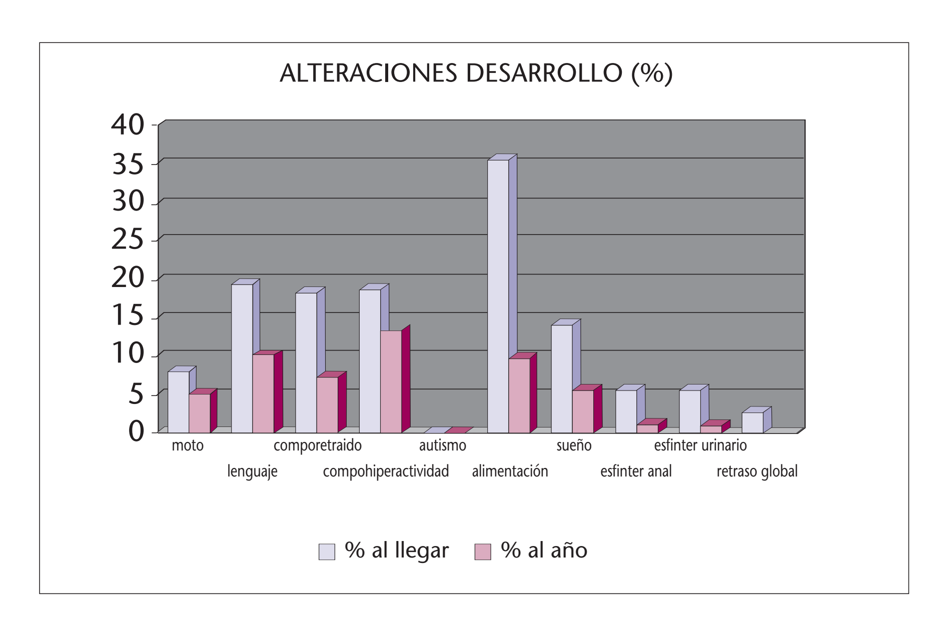
[m] Enconpresis: Incontinencia fecal, tras haber superado la edad de control de esfínter anal.

La mayoría de los problemas emocionales se corrigen con el tiempo, aunque siempre con la premisa de *"cuanto antes ocurra la adopción, menor la patología"*, siendo también aquí la barrera a los 5 ó 6 años[35].

Hitos de adaptación social

En cuanto a los hitos de adaptación social, alimentación, control de esfínteres y sueño, observamos que:

- ***Sueño***. Al llegar, el 14% duermen mal y al año 5,6%.
- ***Control de esfínter anal***: 5,5% de niños por encima de 3 años no controlaban el esfínter anal al llegar, quedando un solo caso por resolver un año después (0,78%).
- ***Control diurno de esfínter urinario***: idénticas cifras al caso anterior.
- ***Alimentación:*** 21,4% comen exageradamente al llegar y 14% comen demasiado poco. De ellos 6,3% siguen comiendo exageradamente un año después mientras que demasiado poco lo hacen el 3,4%.



Patologías neuropsiquiátricas

Entre los diagnósticos figuran: parálisis cerebral (1), disfasia[n] (1), trastorno grave del comportamiento (1) y retraso psicomotor global (5); en conjunto un 2,5%. Tres de ellos eran provenientes de partos prematuros y en total 4 tenían informes preadoptivos de retraso psicomotor. No incluimos retrasos leves de una sola área.

Se comprueba que entre los 19 menores de 2.000 g al nacer hay posteriormente 3 alteraciones visuales, 3 auditivas, 3 motoras, 4 comportamientos hiperactivos, 2 retrasos del lenguaje, 1 retraso escolar y 1 microcefalia.

Entre los 32 con antecedente de alcoholismo materno hay retrasos motores o de lenguaje en 5, alteraciones visuales en 4, comportamientos hiperactivos en 4 y uno con comportamiento retraído.

CONCLUSIONES

Se estudia estado físico, desarrollo psicomotor y adaptación de menores adoptados internacionalmente entre 1997 y 2004 en País Vasco y Navarra, al llegar y un año después, mediante doble encuesta médica bilingüe, anónima a todas las familias adoptantes. La información pre-adoptiva es incompleta, deficiente y escasa en especial en cuanto a antecedentes familiares y sobretodo a embarazo y parto, peridos determinantes para el futuro del niño o niña.

Entre los resultados de patologías físicas las más importantes fueron: Malnutrición 9% (IMC[15] < 2DE); parasitosis intestinal 18,5%; infección tuberculosa latente 5,5%; serología hepatitis B alterada 4%; 1 lúes tratada; anemia 12,2%; alteraciones visuales 11,4% y déficit auditivo 1%.

Vacunas: sólo un 54% de menores tienen informes sobre algunas inmunizaciones, no todas.

[n] Disfasia: Pérdida parcial del habla.

En cuanto al retraso psicomotor, el 9% considerando trastorno general de leve a grave, trastornos graves 7 casos; el comportamiento se describió como retraído en el 18,6 % y como conducta hiperactiva en el 18,2%; al año estas cifras descendieron al 5% y al 15% respectivamente. La recuperación al año, en todos los terrenos es muy buena.

En conclusión, estos menores presentaron en general alteraciones físicas o psicológicas poco graves y que en su mayoría desaparecen o aminoran al año de edad tras ser tratados, queridos y bien alimentados.

Su grado de adaptación social al año es bueno y el grado de satisfacción de los padres y madres es altísimo. Sin embargo, sí existe un pequeño número de niños y niñas con patologías graves de los cuales algunos presentaban informe preadoptivo al respecto (8 casos de retraso psicomotor importante, de los cuales 4 tenían informe de factores de riesgo o de patología reconocida) que resultó ser cierto.

Parece haber un porcentaje mayor que en la población general tanto de niños con “comportamiento” hiperactivo, como de posibles retrasos del lenguaje. Ambos temas deberán ser estudiados profundamente en el futuro. Suponemos que ha tenido importancia en nuestros resultados el haber tomado una muestra de niños y niñas que van al pediatra general y no a un especialista en adopción. Hubiera sido útil tener un grupo control, pero al no haberlo, queda en el aire la pregunta de si a los menores adoptados, por el hecho de serlo y de ser tan deseados, se les mira meticulosamente cualquier alteración o desvío de la normalidad.

En nuestra opinión, los pediatras de Atención Primaria son los indicados para detectar los problemas y hacer un seguimiento coordinado de los niños y niñas enviando a los que lo precisen a los especialistas. Sin embargo, resulta imprescindible realizar una mejor difu-

º Índice de Masa Corporal.

sión de los protocolos de control y seguimiento de los niños y niñas procedentes de adopción internacional, pues en demasiados casos faltan exploraciones importantes, como algunas relativas al correcto desarrollo psicomotor u otras relacionadas con patologías concretas.

Con respecto a otras publicaciones hemos obtenido iguales patologías pero menor porcentaje tanto en datos objetivos (peso, talla, perímetro craneal, vacunaciones, estudios complementarios) como en lenguaje, adaptación social o desarrollo psicomotor. El grado de satisfacción de los padres es altísimo.

Los antecedentes de estos menores pueden dar consecuencias a largo plazo, como mal crecimiento, pubertad adelantada, dificultades de aprendizaje o complicaciones de enfermedades infecciosas crónicas. Aun sabiendo la dificultad de esta demanda, los gobiernos deberían exigir informes preadoptivos fidedignos y completos, ya que la patología es, sin duda, mayor en estos menores y tienen más factores de riesgo a controlar. En cualquier caso hay que ayudar a los padres y madres a entender que no nos podemos quedar en el impreciso pasado sino resolver el problema actual, y así prevenir problemas en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. Adopciones Internacionales 1997-2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. Disponible en www.mtas.es

2 Landgren M, Andersson Grönlund M, Elfstrand PO, Simonsson JE, Svensson L, Strömland K. Health before and after adoption from Eastern Europe. Acta Paediatr. 2006; 95: 720-725.

3 Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Curvas y Tablas de crecimiento (estudios longitudinal y transversal).Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2004. Disponible en www.aepap.org/crecorbegozo.htm

4 Góngora M, Lorenzo MA. La Adopción Internacional en España. Período 1995-1999. Experiencias de ADECOP. Alicante: ADECOP; 2000.

5 De Onis M, Habicht JP. Anthropometric Reference Data for International Use: Recommendations from a World Health Organization Expert Committee. Am J Clin Nutr. 1996;64:650-8.

6 De Aranzabal M, Cortés A, Fumadó V, Garcia M, Hernandez A, Lirio J, Oliván G, Nuñez A. Consenso en adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2005. Disponible en www.coraenlared.org/contenido/salud.htm

7 Hostetter M, Iverson S, Dole K, Johnson D. Unsuspected infectious diseases and other medical diagnoses in the evaluation of internationally adopted children. Pediatrics. 1989;4:559-64.

8 Hostetter M, Iverson S, Thomas W, Mckenzie D, Dole K, Johnson D. Medical evaluation of internationally adopted children. N Eng J Med. 1991;325:479-85.

9 Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and and foster care. Pediatrics. 2005;115:e710-15.

10 Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Tirella L, Cermak S. Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. Acta Paediatr. 2007; 96: 1765-1769.

11 Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe: comparison with preadoptive medical records. JAMA. 1997;278:922-4.

12 Hostetter M, Johnson D. Immunization Status of Adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. Pediatric Res. 1998;43:147a.

13 Miller, Laurie C. Internationally Adopted Children Inmigration Status. Pediatrics. 1999;103: 1078.

14 Fumadó Pérez V. Vacunación en niños adoptados internacionalmente. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, ed. Vacunas 2003. Barcelona: Prous Science; 2003: p. 197-211.

15 Jenista J, Chapman D. Medical problems of foreign-born adopted children. Am J Dis Child. 1987;141:298-302.

16 Miller L, Kiernan M, Mathers M, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:40-5.

17 Sonego M, Garcia J, Pereira J. Problemas de salud de los niños extran-

jeros adoptados en España. Med Clin (Barc). 2002;119:489-91.

18 Bureau JJ, Maurage C, Brémond M, Despert F, Rolland JC. L´enfant adopté d´origine étrangère en France. Analyse de 68 observations sur 12 ans au CHU de Tours. Arch Pédiatr. 1999;6:1053-8.

19 Oliván Gonzalvo G. Estado de salud de niños adoptados en China. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:37-45. Disponible en www.AEPAP.es

20 Johnson D, Traister M, Iverson S, Dole K, Hostetter M, Miller L. Health status of US adopted chinese orphans. Pediatric Research. 1996;39:793.

21 Voos LD, Mulligan J, Betts PR. Short Stature at School Entry. An Index of Social Deprivation? Child Care Health Development. 1998;24:145-56.

22 Rutter M, The English and Romanian Adoptees Study Team. Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. J Child Psychiat. 1998;39:465-76.

23 Mitchell SA, Jenista JA. Health care of the internationally adopted child. Part 2: chronic care and long term medical issues. J Pediatr Health Care. 1997;11:117-26.

24 Johnson D. Long-term medical issues in international adoptees. Pediatric Ann. 2000;29:234-41.

25 Smith-Garcia T, Brown J. Health of Children Adopted from India. J Community Health. 1989;14:227-41.

26 Miller L, Tseng B, Tirella L, Chan W, Feig E. Health of Children Adopted from Ethiopia. Matern Child Health J. 2007 Aug 22

27 Grady M, Calonge N. Detección de los retrasos de la fonación y el lenguaje en los niños preescolares: recomendaciones. Pediatrics (ed. española). 2006;61:95-9.

28 Nelson HD, Nygren P, Walter M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. Disponible en www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm

29 Frank DA, Klass PE, Felton E. Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and Child Psychiatry. Pediatrics. 1996;97:569-78.

30 Verhulst F, Althaus M, Versluis-Den Bieman H. Problem Behavior in International Adoptees: I. An Epidemiological Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;29:94-103.

31 Rutter M, ERA Study Team. Quasi-autistic Patterns Following Severe Early Global Privation. J Child Psychol Psychiatr. 1999;40:537-49.

32 Ralston SJ, Lorenzo MJM, The ADORE Study Group. ADORE-Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;42 (Suppl 1):S36-S42.

33 Committee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Quality Improvement and Subcommittee on Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics. 2000;105:1158-70.

34 Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev Neurol. 2005;40:716-22.

35 Verhulst F., Althaus M., Versluis–Den Bieman H. Problem Behavior in International Psychiatry. 1990;29:104-11. Adoptees: II. Age at Placement. J Am Acad Child Adolesc.


ISBN 978-84-271-3010-4



